Nr 13 26 marca 1939 Rok XVIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE

Eugeniusz ARTWIŃSKI Lwów

Klinika choroby Basedowa i stanów pokrewnych

Tarczyca wpływa na wzrost, przemianę materii, tętno, stan psychiczny oraz współdziała w dojrzewaniu płciowym.

Zaburzenia gruczołów dokrewnych polegają na tym, że wytwarzają one mniej lub więcej danej wydzieliny, niż normalnie. W pierwszym wypadku mówimy o hipofunkcji, a w razie nadmiaru o hiperfunkcji. Należy bardzo ściśle rozróżniać te dwa stany chorobowe. Dokładne rozpoznanie jest praktycznie bardzo ważne, gdyż w stanach hipofunkcji należy podawać preparaty, które niedobór mogą uzupełnić, w razie hiperfunkcji zabiegami leczniczymi należy dążyć do jej zmniejszenia. Mamy tutaj szczegółowiej omówić hiperfunkcję, czyli różne postacie nadczynności gruczołu tarczowego.

Najdawniej znaną chorobą, wywołaną nadczynnością tarczycy jest choroba, nosząca nazwę Graves-Basedowa od pierwszych jej nozografów, we Włoszech zwana też choroba Flajana.

Hipertyreozy często występują w rodzinach obarczonych nerwicami i chorobami umysłowymi. Nie rzadko cierpienie to dotyka kilku członków tej samej rodziny. Choroba Basedowa występuje w wieku młodym, bardzo rzadko u dzieci i u ludzi starszych. Kobiety zapadają znacznie częściej aniżeli mężczyźni. Biegański oblicza ten stosunek jak 6:1, a Gluziński 4:1.

Według pierwszych klasycznych opisów, choroba Graves-Basedowa odznaczała się trzema zasadniczymi objawami: powiększeniem tarczycy, wytrzeszczem gałek ocznych i przyśpieszonym tętnem. Do tej, historycznie najwcześniejszej, a po dziś dzień rozpoznawczo ważnej, tzw. merseburskiej [1]) trójcy objawów, z biegiem lat dalsi badacze dorzucili i inne klinicznie ważne objawy.

1. *Powiększenie gruczołu tarczowego* należy do najczęstszych i najstalszych objawów choroby Graves-Basedowa. Zdarzają się jednak bardzo ciężkie postacie tego cierpienia z niepowiększoną tarczycą.

Struma based. rzadko tylko uciska na sąsiadujące z nią narządy. Objętość gruczołu tarczowego ulega czasem znacznym wahaniom, co tłumaczymy sobie jego obfitym unaczynieniem. Dłuższy wypoczynek fizyczny może wpłynąć wydatnie na jego zmniejszenie. Tarczyca w chorobie Basedowa bywa zazwyczaj powiększona równomiernie, a spoistość jej może być zwiększona lub zmniejszona. Samo jednak powiększenie gruczołu tarczowego nie świadczy jeszcze o chorobie Basedowa, ale prawidłowa wielkość i spoistość tarczycy nie wyklucza jeszcze tego cierpienia.

2. *Wytrzeszcz gałek ocznych (exophtalmus)* spotyka się mniej często aniżeli wole (według Labbégo w 47%). Wytrzeszcz bywa przeważnie obustronny i równomierny. Znacznie rzadziej występuje jednostronnie.

Rozwija się przeważnie powoli i nieraz występuje później niż zaburzenia układu nerwowego i narządu krążenia. Pod wpływem silnego wrażenia może jednak wystąpić nagle. Tłumaczenie tego objawu nie jest dotychczas zgodne. Wytrzeszcz sztucznego oka u cierpiących na chorobę Basedowa przemawiałby za tym, że zmiany pozagałkowe są jego przyczyną, a nie stan wzmożonego napięcia mięśnia Müllera-Sandstroema, unerwionego przez nerw sympatyczny, jak niektórzy przypuszczają.

Z objawów ocznych najłatwiej dostrzegalny i najczęstszy jest wytrzeszcz. Opisano jednak i inne rzadsze i mniej ważne objawy, zwane „małymi objawami ocznymi". Należy tu przypomnieć następujące: *objaw Graefego*, polegający na tym, że u chorego, prowadzącego oczami za przesuwanym od góry ku dołowi przedmiotem, gałki oczne opuszczają się prędzej, niż górne powieki, przez co pozostaje widoczny kawałek twardówki między powieką górną a rogówką. Jako rzadsze jeszcze objawy wymienić należy *objaw Stellwaga*, polegający na mniej częstym mruganiu aniżeli prawidłowo. Nie jest to jednak objaw pewny, gdyż inni klinicyści twierdzą, że chorzy ci mrugają częściej. Utrudnienie zbieżności, które czasem w chorobie Basedowa występuje, nosi nazwę *objawu Möbiusa*. W ciężkich wypadkach z powodu niedomykalności powiek mogą wytworzyć się wrzody rogówki.W lżejszych postaciach choroby Basedowa, zamiast klasycznego wytrzeszczu, możemy stwierdzić jedynie błyszczące, żywe oczy o szeroko rozwartych powiekach, nie zniekształcające twarzy. Powieki tych chorych bywają ciemniej zabarwione (objaw Jellinka). Występujący czasami obrzęk powiek znany jest w piśmiennictwie pod nazwą objawu Saengera.

3. *Trzecim z trójcy klasycznych objawów jest przyspieszenie tętna.* Jest to jeden z najważniejszych i najtrwalszych objawów choroby Basedowa. Dostrzeżony przez dawnych klinicystów, zachował swoją wartość rozpoznawczą dotychczas. Na jego znaczenie i ważność dla rokowania zwrócił uwagę Z. Tomanek, a później Labbé. Tętno może się wahać od 100—150. Fala tętna wznosi się wysoko, ale bardzo szybko opada. Ciśnienie skurczowe bywa przeważnie prawidłowe, albo tylko nieznacznie obniżone. Ciśnienie rozkurczowe przeważnie niskie. Tętno bywa nie tylko przyśpieszone, ale niejednokrotnie stwierdzamy też zaburzenia jego rytmu. Według A. Maciąga, spotykamy najczęściej następujące zaburzenia rytmu: częstoskurcz napadowy, częstoskurcz napadowy pochodzenia węzłowego, skurcze dodatkowe i nieregularność tętna zupełna, pochodzenia zatokowego. Prócz zmian w tętnie, stwierdza się również zmiany w sercu. Osłuchowo zmiany te są podobne do objawów, występujących w zwężeniu ujścia żylnego lewego. Przy dłuższym trwaniu choroby, w większości przypadków dochodzi do powiększenia serca lewego, często jednak bywa również powiększona i komora prawa. W dalszym przebiegu cierpienia przychodzi do uszkodzenia mięśnia sercowego ze wszystkimi objawami narastającej niewydolności krążenia. W ciężkich przypadkach choroby Basedowa może wystąpić śmierć nagła z powodu ustania czynności serca.

Krzywa elektrokardiograficzna jest wysoce charakterystyczna dla zmian w mięśniu sercowym, wywołanych hipertyreozą. J. Ifelson i St. Keilson utrzymują, iż rentgenologiczne badania serca tyreotoksycznego jest cennym i wczesnym probierzem uszkodzenia mięśnia sercowego i daje wytyczne dla leczenia i rokowania. Jednym z najwcześniejszych objawów choroby Basedowa jest podnoszące uderzenie koniuszkowe serca. Badania elektrokardiograficzne i rentgenologiczne umożliwiają nam dzisiaj śledzenie zmian stopniowo rozwijających się w mięśniu sercowym. *Nadmierna pobudliwość układu krążenia* jest charakterystyczna dla wszelkich postaci hipertyreoz, a więc i dla choroby Basedowa. Najdrobniejszy wysiłek fizyczny, najmniejsze wrażenie psychiczne może już wywołać zmiany w tętnie i ciśnieniu krwi. Tętno w krótkich nawet okresach czasu może ulegać dużym wahaniom. U chorych tych nawet lekkim pociągnięciem palca po skórze wywołuje się rozległą i długo utrzymującą się dermografię czerwoną. U kobiet pod wpływem najsłabszego nawet wzruszenia występują rozległe zaczerwienienia na górnej części klatki piersiowej i na szyi.

Badanie krwi wykazuje prawidłowe wartości w obrazie ciałek czerwonych.

Leukocyty wykazują tzw. obraz Kocherowski: limfocytoza przy normalnej ogólnej ilości ciałek białych, zmniejszona nieco ilość neutrochłonnych, eozynofile i monocyty niejednokrotnie zwiększone. Nie rzadko stwierdza się zachowaną grasicę. Gruczoły limfatyczne w okolicy krtani bywają powiększone. Śledziona powiększona, często macalna, o nieznacznie wzmożonej spoistości.

[1]) Tzn. od miasta Merseburg, w którym żył i działał K. v. Basedow.

Charcot i P. Marie dołączyli do powyżej opisanych objawów objaw bardzo ważny, jednak nie tak stały, jak poprzednio opisane, a mianowicie drżenie. *Drżenie* to występuje najwyraźniej w palcach rąk, ma charakter drżenia drobnofalistego, przypominającego charakterystyczne drżenie nałogowych alkoholików. Drżenie to widuje się również niejednokrotnie w mięśniach języka, powiek, warg.

Gwałtowne chudnięcie jest jednym z głównych objawów choroby Basedowa. W krótkim przeciągu czasu może dojść do znacznego wyniszczenia. Chudnięcie może występować okresowo. Zdarza się jednak, że po okresach nagłego chudnięcia, niektórzy chorzy znacznie tyją. Chudnięcie bywa wywoływane wieloma czynnikami (wzmożenie procesów rozkładowych białka pokarmowego i tkankowego, zwiększenie produkcji kalorycznej i wzmożone i przyspieszone wydzielanie wody).

Jednym z zasadniczych objawów hipertyreoz, a więc i choroby Basedowa jest wzmożona przemiana *podstawowa*, którą bada się, określając stosunek pobranego O_2 do wydzielonego CO_2. Badanie przemiany podstawowej jest jednym z najpewniejszych sprawdzianów nadczynności tarczycy. Labbé zmienia starą mersenburską trójcę na nową, gdzie wzmożona przemiana podstawowa, chudnięcie, przyśpieszone tętno tworzą patognomoniczny zespół objawów, cechujący wszelkie postacie nadtarczyczności.

Ciepłota ciała bywa przeważnie nieznacznie podwyższona i dochodzi w godzinach wieczornych do 37—37,5°. Zdarzają się jednak i wyższe wzniesienia.

Przyswajanie. W chorobie Basedowa, krótko mówiąc, stwierdzamy wzmożenie wszystkich rodzajów przyswajania (H. Zondek).

Zaburzenia przewodu pokarmowego zdarzają się bardzo często, a biegunki i wymioty mogą być szczególnie uporczywe. Wymioty występują niezależnie od pobieranych posiłków. Znacznie rzadziej od biegunek zdarzają się kurczowe zaparcia. Czasem skarżą się chorzy na napadowy ślinotok, rzadziej na wysychanie w ustach.

Nerki zasadniczo zmian nie wykazują, jakkolwiek stwierdzamy nieraz w moczu ślady białka i cukru.

Skóra w chorobie Basedowa jest pulchna i skłonna do pocenia się, najczęściej występującego na dłoniach.

Prócz wspomnianych już poprzednio zmian barwikowych na powiekach, stwierdza się je często i na innych miejscach ciała, najwyraźniejsze na brzuchu, wzdłuż linii białej. Włosy stają się cienkie i często bardzo wypadają, nawet kobiety w krótkim czasie mogą zupełnie wyłysieć, co jednak może poprawić leczenie. Czasem znowu występuje przedwczesne siwienie. Paznokcie u palców rąk i nóg bywają łamliwe, kruche i rowkowane. Na kończynach dolnych występują obrzęki, przypominające obrzęki śluzakowate.

Prawie stałym objawem choroby Graves-Basedowa są *zmiany psychiczne.*

Najczęstszą i najtrwalszą z nich jest nadmierna pobudliwość uczuciowa, objawiająca się drażliwością, wybuchami złości, gwałtownością, a czasem napadami podobnymi do histerycznych. Chorzy ci stale pobudzeni, wiecznie czynni i zatrudnieni, ale praca ich bywa zazwyczaj mało wydatna. Pracą fizyczną i umysłową męczą się szybko z powodu stałego, nadmiernego napięcia nerwowego. Zmęczenie odczuwają nie tylko jako znużenie psychiczne, ale i mięśniowe, szczególnie w nogach. Nadmiernie wzmożoną pobudliwość uczuciową oraz zmieniające się napadowe bóle neuralgiczne należy najprawdopodobniej przypisać zaburzeniom układu sympatycznego. Skłonność do biegunek z błahych nawet powodów fizycznych lub psychicznych należy również uważać za objaw nadmiernej pobudliwości. Często też skarżą się chorzy na męczącą bezsenność.

To byłyby wszystkie ważniejsze objawy, występujące w klasycznej i w pełni rozwiniętej chorobie Graves-Basedowa. Można by je podzielić na trzy wielkie grupy: objawy toksyczne, neurowegetatywne i psychiczne. Są one tak charakterystyczne, że rozpoznanie choroby Basedowa, nawet we wczesnych okresach jest łatwe, szczególnie, jeżeli będziemy pamiętać o zasadniczych objawach starej mersenburskiej trójcy i nowożytnej Labbégo. Znacznie trudniejsze do rozpoznania są niecharakterystyczne postacie.

Przebieg i rokowanie w chorobie Basedowa bywają bardzo różne i zależne nie tylko od indywidualnych właściwości chorego, ale w bardzo znacznym stopniu od leczenia i warunków zewnętrznych. Spokojny i wygodny tryb życia ma oczywiście korzystny wpływ.

U wielu chorych trudno jest ściśle ustalić początek cierpienia, szczególnie, jeżeli przebieg jest łagodny, przewlekły i bogaty w objawy. Po nagłym początku, spowodowanym najczęściej silnym urazem psychicznym, cierpienie przebiega ostro, zazwyczaj z mniejszą ilością objawów, aniżeli w przebiegu przewlekłym. Rokowanie w każdym poszczególnym przypadku jest trudne, gdyż w przewlekłych przypadkach stwierdzamy duże wahania z okresowymi nagłymi pogorszeniami i znacznymi, nieraz długo trwającymi, poprawami. Pogorszenia występują częściej wiosną, a polepszenia późną jesienią. W okresach pogorszenia mogą wystąpić uporczywe biegunki i przyśpieszenie tętna, od 150—160. Nagłe zaostrzenia mogą się objawić i w sferze psychicznej. Występują wówczas ostre stany pomroczne z brakiem orientacji w czasie i przestrzeni, złudzeniami i halucynacjami, przeważnie wzrokowymi. Pogorszenie może też objawić się zahamowaniem wszelkich przejawów życia psychicznego. Chorzy leżą wówczas z nieruchomą, maskowatą twarzą, z otwartymi ustami, jakby pogrążeni w głębokim śnie, zanieczyszczają się moczem i kałem. W wypadkach kończących się psychozą, chorzy często nagle umierają. Ciężkość przebiegu zależy od nasilenia objawów, szczególnie zaburzeń sercowych i przyswajania. Dlatego też badanie tętna, rentgenologiczne serca, elektrokardiograficzne i waga pozwalają nam na ściślejsze rokowanie. Praktycznie jest każdego chorego z Basedowem uważać za poważnie chorego, gdyż dopiero dalszy (2—3-miesięczny) okres obserwacji pozwala nam zorientować się, czy i jakie są skutki leczenia zachowawczego. Pamiętać też należy o tym, że chorzy nawet leczeni umierają często z powodu zaburzeń krążenia. Niejednokrotnie też życie ich skraca jakaś, dołączająca się, ostra choroba gorączkowa. Opisywane są jednak w piśmiennictwie i bardzo dobrotliwe przebiegi tego cierpienia, w których nawet tak uporczywe objawy, jak wytrzeszcz gałek ocznych, ustępują same bez leczenia, jak w przypadku St. Higiera.

Pojęcie nadczynności tarczycy (hyperthyreosis) jest znacznie rozleglejsze, aniżeli choroby Basedowa. Ze względu na wielką rozpiętość skali objawów chorobowych, spowodowanych nadczynnością tarczycy, rozpoznanie jest też znacznie trudniejsze. Trzeba również liczyć się z tym, że terminologia różnych zespołów hipertyreotycznych nie jest jeszcze ostatecznie ujednostajniona. Według Maciąga, *patologiczna nadczynność tarczycy znajduje swój wyraz kliniczny w całym szeregu objawów układu nerwowego, krążenia, przyswajania, gałki ocznej i innych gruczołów wewnętrznego wydzielania.* Pod pojęcie hipertyreoz podporządkowujemy zatem wszystkie stany chorobowe, w których można wykazać nadczynność tarczycy. Jak z powyższego wynika, cała trudność polega na tym, aby rozporządzać takimi sposobami badania, które umożliwiałyby w każdym wypadku, tak różnorodnych objawów, spowodowanych nadczynnością tarczycy, wykazanie i ujawnienie hipertyreozy jako źródła danego objawu, czy zespołu chorobowego. Badania pracowniane, a przede wszystkim badania przemiany spoczynkowej oraz próby obciążenia jodem nieorganicznym (Elmer) pozwalają nam w przeważającej ilości przypadków nadczynność tarczycy stwierdzić lub wykluczyć. Należy się jednak liczyć z tym, że powszechnie obecnie stosowane badanie przemiany spoczynkowej powinno być wykonywane zasadniczo kilkakrotnie i to przez doświadczonych w tym kierunku badaczy, gdyż jest to próba bardzo czuła i chwiejna, szczególnie u „nerwowych", zależna od stanu psychicznego, zachowania się chorego i jego sposobu oddychania, jednym słowem od szeregu czynników podmiotowych, po sprowadzeniu których do minimum, można dopiero tej próbie przyznać rozstrzygające znaczenie rozpoznawcze. Próba obciążenia jodem nieorganicznym, opracowana przez Elmera, ma tę przewagę nad badaniem przemiany podstawowej, że jest metodą przedmiotową, wykluczającą prawie wszelkie wpływy psychiczne, a przez to i klinicznie pewniejszą. Jakkolwiek badania przemiany spoczynkowej, przy zachowaniu należytej ostrożności i ścisłości, przynoszą nam cenną pomoc w rozpoznawaniu hipertyreoz, to jednak trzeba się liczyć z tym, że, jak wynika z badań Z. Demitrowskiego, wykonanych w klinice prof. Renckiego: „przemiana spoczynkowa nie odpowiada stale zespołowi objawów klinicznych w chorobie Basedowa, a stopień ciężkości objawów chorobowych nie zawsze idzie w parze z przemianą spoczynkową. Przemiana spoczynkowa nie jest w każdym razie proporcjonalną do stanu pogorszenia oraz polepszenia obrazu chorobowego". Nie ulega jednak wątpliwości, że w każdym przypadku, podejrzanym o nadczynność tarczycy, powinniśmy korzystać ze wszystkich badań pomocniczych, a w szczególności z oznaczenia przemiany spoczynkowej, próby obciążenia jodem nieorganicznym, badania rentgenologicznego serca i elektrokardiografii. Każde z tych badań może nam ułatwić nie tylko samo rozpoznanie nadtarczyczności, ale i ściślej określić stopień jej wzmożenia. Nie należy jednak zapominać, że dopiero synteza spostrzeżeń klinicznych i badań dodatkowych może nas doprowadzić do właściwego rozpoznania.

Do hipertyreoz, prócz klasycznych postaci choroby Graves-Basedowa, zaliczamy jeszcze toksyczne gruczolaki Plummera i Boothbyego, zwane też dawniej „Jod-Basedow lub Basedow poronny". *Toksyczny gruczolak klinicznie odznacza się czterema zasadniczymi objawami:* chudnięciem, zaburzeniami serca, żółtaczką i wzmożoną przemianą podstawową. Jak widzimy, jest to zespół podobny do choroby Basedowa, a różniący się od niej jedynie brakiem objawów neuro-wegetatywnych. Zmiany psychiczne w tym zespole bywają bardzo ciężkie i objawiają się silnym niepokojem psychicznym i znacznym podnieceniem psycho-ruchowym. Gruczolaki toksyczne występują rzadko przed 40., częściej po 40. roku życia, przeważnie u kobiet. Zmiany sercowe, dość często i szybko, prowadzą do niedomogi mięśnia sercowego, przez co rokowanie jest gorsze, aniżeli w chorobie Basedowa. Prócz ciężkich postaci toksycznych gruczolaków, znane są i lekkie, objawiające się nieznacznym zgrubieniem szyi bez jakichkolwiek dolegliwości podmiotowych. Badanie przemiany spoczynkowej wykazuje jednak zawsze jej wzmożenie w granicach od + 20% do + 40%. Lekkie hipertyreozy mogą powstawać w przebiegu lub po chorobach gorączkowych. Przebiegają na ogół korzystnie i rzadko przechodzą w chorobę Basedowa. Nie zawsze jednak hipertyreozy dają wieloobjawowe zespoły. Zdarzają się też, szczególnie we wczesnych okresach, prawie monosymptomatyczne. Chorzy przez długi czas mogą się skarżyć tylko na takie dolegliwości, jak bicie serca, chudnięcie lub bezsenność. Dlatego też, jeżeli mimo symptomatycznego leczenia utrzymuje się uporczywie którykolwiek z zasadniczych objawów hipertyreozy (np. przyśpieszone tętno, nie ulegające poprawie pod wpływem naparstnicy) powinniśmy kilkakrotnie przebadać przemianę spoczynkową i reakcję obciążenia jodem, aby stwierdzić lub wykluczyć hipertereotyczne pochodzenie danego objawu. W chorobie Graves-Basedowa, jak wspomniano, występują trzy zespoły objawów: tyreotoksyczne, neurowegetatywne i psychiczne, w gruczolakach typu Plummera występuje tylko zespół tyreotoksyczny i psychiczny, brak natomiast objawów neurowegetatywnych.

Prócz przytoczonych powyżej zespołów chorobowych, należy tu dodać jeszcze trzeci, odznaczający się wyłącznie zaburzeniami neurowegetatywnymi i psychicznymi. Zespół ten, nazywany rozmaicie, najsłuszniej może „nerwicą współczulną basedowoidalną", zewnętrznie przypomina nieraz łudząco chorobę Basedowa, a różni się od wszelkich postaci hipertyreoz zasadniczo, gdyż nie wykazuje objawów nadczynności tarczycy. Chorzy ci pod względem psychicznym i neurowegetatywnym mają takie same objawy, jak hipertyreotycy. Nadmiernie wrażliwi i pobudliwi, nie znają spokoju ani spoczynku, wiecznie czynni i ruchliwi, a z powodu pobudzenia psychoruchowego i trudności skupiania się są mało w pracy wydatni. Znajdujemy u nich przyśpieszone tętno, wielką jego pobudliwość i zmienność, zależną od czynników fizycznych i psychicznych, drżenie palców, powiek, ust, a nawet i całego ciała. Pobudliwość naczynioruchową bardzo dużą, dermografię czerwoną, występującą szerokim pasem i utrzymującą się długo po lekkim nawet zadrażnieniu. Chorzy ci często cierpią na zaburzenia jelitowe i łatwo dostają uporczywych biegunek. Nieznacznie powiększona tarczyca, lekki wytrzeszcz, szeroko rozwarte szpary powiekowe, lśniące oczy, występujące czasem u tych chorych, przypominają tak bardzo chorobę Basedowa, że jedynie przy pomocy badań pracownianych możemy ustalić właściwe rozpoznanie. Nadzwyczaj ostrożnie, u tych szczególnie chorych, należy oceniać wyniki badania przemiany spoczynkowej, gdyż wskutek ich pobudliwości i nadmiernej ruchliwości badanie to technicznie jest bardzo trudne i nawet kilkakrotnie powtarzane, daje czasem wyniki nieprawdziwe. Dlatego też próba obciążenia jodem nieorganicznym, wykluczająca czynniki podmiotowe, jest w tych wypadkach może najbardziej celowa. Podobnie, jak hipertyreozy mogą dawać monosymptomatyczne objawy cielesne, tak też nieraz z klasycznego zespołu toksyczno-neurowegetatywno-psychicznego pozostaje tylko jego człon ostatni, a mianowicie zmiany psychiczne. *Zaburzenia psychiczne w hipertyreozach bywają bardzo różnorodne.* Najczęstszym może jest zespól cechujący się stałym niepokojem psychicznym, znużeniem umysłowym, uczuciem pustki w głowie i różnorodnymi odczuciami cielesnymi. Chorzy zasięgają porady lekarskiej, skarżąc się na swoją „nerwowość". Inny znowu, dość częsty zespół psychiczny wyróżnia się najrozmaitszymi lękami (nie wyłączając choroby przestrzeni), którym towarzyszy często uczucie ściskania w przełyku i różne sensacje cielesne. Stanom lękowym może towarzyszyć podniecenie psychoruchowe i skłonność do uporczywej bezsenności. Lęki wzmagają się w ciągu bezsennych nocy. Na tle hipertyreozy występują też tzw. stany pseudopsychasteniczne i pseudoneurasteniczne. Charakterystyczną ich cechą jest stałe uczucie zmęczenia. Chorzy skarżą się na nie opuszczające ich uczucie znużenia umysłowego, łączącego się z przygnębieniem. O rozpoznaniu monosymptomatycznych hipertyreoz cielesnych i psychicznych rozstrzyga badanie przemiany spoczynkowej (kilkakrotne) lub próba obciążenia jodem Elmera.

Podobnie, jak kiedyś Babiński rozparcelował tradycyjną Charcotowską histerię i oddzielił od niej szereg zespołów i stanów chorobowych, jako nie mających z nią nic wspólnego, tak też i my żyjemy w epoce radykalnej parcelacji tzw. „nerwowości". Kliniczna znajomość hipertyreoz pozwala nam już dzisiaj na wyodrębnienie wielu zespołów chorobowych, uważanych dawniej za nerwice, jako wywołanych nadczynnością tarczycy.

Nadtarczyczność usposabia do wielu chorób. Według Sochańskiego wymienić tu należy: gruźlicę, niedokrwistość (większa oligochromia ciałek czerwonych, aniżeli ich liczbowe zmniejszenie), nerwice i zaburzenia przewodu pokarmowego. Cukrzyca natomiast występuje rzadziej, mimo że hipertyreoza jest związana ze skłonnością do cukromoczu. Pamiętać również należy o występującym czasem zespoleniu choroby Basedowa ze zmięknieniem kości i twardziną skóry (Morawiecka). Zwrócono również uwagę na związek choroby Basedowa z myastenią i postępującymi zanikami mięśniowymi (Orzechowski, Sterling).

Prócz powyżej opisanych, różnorodnych stanów chorobowych, spowodowanych nadczynnością gruczołu tarczowego, należy jeszcze kilka słów poświęcić tzw. konstytucji tyreotoksycznej, na co zwrócili już uwagę Kocher i Eichhorst, a w naszym piśmiennictwie ostatnio Sochański. Ludzie o konstytucji tyreotoksycznej są wzrostu raczej wysokiego, smukli, o delikatnym kośćcu. Palce u rąk przeważnie długie, ostatnie falangi ostro zakończone, dłoń szczupła. Skóra wilgotna i skłonna do potów. Oczy błyszczące, szeroko rozwarte. Często, szczególnie w afekcie, widoczny rąbek twardówki między górną powieką a tęczówką. Brwi długie i wyraźnie zarysowane, często zrośnięte. Tętno zazwyczaj przyśpieszone, skłonność do biegunek. Prawie stale mają uczucie gorąca i dlatego też w dnie chłodne czują się lepiej, aniżeli w upalne. Źle znoszą brak tlenu (próba zamknięcia dopływu powietrza przez szczelne zatkanie ust i nosa bywa znacznie krócej wytrzymywana, aniżeli przeciętnie). Gruczoł tarczowy może być tylko nieznacznie powiększony, a nawet zupełnie pod względem wielkości prawidłowy. Psychicznie: niespokojni, ruchliwi, o szerokich horyzontach i rozległych zainteresowaniach umysłowych. Uzdolnieni do pracy na wielu polach. Uczuciowo pobudliwi, często zdradzają duże zdolności i zamiłowania artystyczne. Skłonni do lęków i bezsenności, mają wygląd ludzi stale śpieszących się. Mimo dobrego apetytu, szczupli. Zachowują długo młodość, mimo skłonności do wczesnego siwienia. Konstytucja ta ma usposabiać do choroby Basedowa i do innych hipertyreoz, do dychawicy, nieżytów jelit, chorób skórnych, gośćca, dny, migreny i licznych zaburzeń naczynioruchowych. Słuszną jednak jest uwaga Koelichena, co do konstytucji tyreotoksycznej, że „wśród cech wymienianych, jako cechy konstytucjonalne, są jednak raczej objawy istniejącej już choroby, aniżeli znamiona usposobienia wrodzonego". Nie łatwą jest zatem analiza kliniczna, umożliwiająca rozdział cech konstytucjonalnych od objawów chorobowych.

Ze względu na tak częste występowanie hipertyreoz u kobiet, zwróciłem się do prof. Bocheńskiego, który przesłał mi załączone tu uwagi.

„1. Cykl miesiączkowy kobiet dotkniętych nadtarczycznością jest bardzo rozmaity. Kobiety ze słabą i średniego stopnia hipertyreozą cierpią raczej na nadmierne krwawienia pod postacią menorragii, a z ciężką i zaawansowaną natomiast nie miesiączkują zupełnie.

2. O ścisłym związku, zachodzącym między tarczycą a ciążą świadczy przede wszystkim prawie regularne obrzmienie tego gruczołu i wyraźne powiększenie jego objętości w czasie ciąży. Obrzmienie to występuje w drugiej połowie ciąży. Równocześnie wylania się pytanie, czy mamy w ciąży do czynienia z nadczynnością, czy też z niedomogą wydzielniczą tarczycy. Część badaczy utrzymuje, że w dużym odsetku ma się do czynienia z hipertyreozą, inni zaś, że z hipotyreozą. Ci ostatni wskazują na te przypadki hipertyreoz, a nawet choroby Basedowa, których stan w ciąży ulega znacznej poprawie. Najściślejsze badania przemiany spoczynkowej i badania zawartości jodu we krwi nie dają żadnych punktów oparcia na stwierdzenie racji pierwszych lub drugich. Długoletnia obserwacja kobiet o zwiększonej czynności tarczycy w ciąży, podczas porodu i połogu, przeprowadzona na terenie Kliniki Lwowskiej, przekonuje nas, że ani jedni, ani drudzy nie mają zasadniczo racji. Zwiększenie objętościowe tarczycy, a nawet wzmożenie jej czynności nosi

charakter wyraźnie wyrównawczy. Zrozumiemy to dokładnie, jeżeli sobie uzmysłowimy, że przed tarczycą w ciąży stoją o wiele większe zadania, aniżeli u kobiety nieciężarnej, a to z powodu, że mamy do czynienia przecież przede wszystkim ze zwiększonym przyswajaniem, a raczej z podwójnym przyswajaniem, matki i płodu, i że tarczyca tym samym odbywa zwiększoną pracę niwelowania jadów, występujących w ciąży również w zwiększonej ilości. Z tych powodów nie uważamy, ażeby sama nadtarczyczność była przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę i jej donoszenia. Co się tyczy choroby Basedowa, to obserwację w tej sprawie są bardzo niekompletne, a to z tego powodu, że kobiety dotknięte chorobą Basedowa zachodzą w ciążę tylko zupełnie wyjątkowo (okrągło 80% kobiet z chorobą Basedowa nie miesiączkuje zupełnie). W tym miejscu zanotować musimy przypadek nagłej śmierci u rodzącej, dotkniętej chorobą Basedowa, w czasie samego porodu. Natomiast musimy mieć pewne zastrzeżenia, i to bardzo poważne, dla cięższych przypadków nadtarczyczności i możliwości donoszenia ciąży ze względu na zachowanie się tych chorych i grożące im niebezpieczeństwo w czasie samego porodu, jako też i to przede wszystkim w połogu. Opieramy to stanowisko na podstawie kilku przypadków badanych i obserwowanych bardzo dokładnie w klinice. Jako najbardziej typowy, przytoczyć możemy przypadek nagłej śmierci w połogu kobiety ze wzmożoną czynnością tarczycy, dla wytłumaczenia której nie znaleźliśmy żadnej innej przyczyny. Przypadki nasze wskazują, że należy być bardzo ostrożnym w ocenianiu możności zajścia w ciążę kobiet z hypertyreozą, jko też, że chore takie, jeżeli już zajdą w ciążę, wymagają nieprzerwanej opieki lekarza specjalisty.

3. Położnice dotknięte chorobą Basedowa ciężkiego stopnia nie powinny karmić. Jednakże nie ma żadnego przeciwwskazania do karmienia u kobiet ze zwykłą nadtarczycznością.

4. Każdy rodzaj nadtarczyczności wpływa raczej ujemnie na przebieg okresu przejściowego. Dzieje się to dlatego, że tarczyca bierze żywy udział w okresie przekwitania i to przeważnie w charakterze gruczołu działającego wyrównawczo. Jeżeli zatem mamy, *a priori*, do czynienia z hipertyreozą, to staje się zrozumiałe, że w okresie przejściowym wszelkie dalsze wzmożenie czynności tarczycy wchodzi w stadium wyraźnie patologiczne".

St. Liebhart na podstawie własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa stwierdza, że u kobiet, które cierpią na tzw. poronienie nawykowe, bez wyraźnej etiologii, mamy do czynienia z przeważnie wyraźnie podwyższoną przemianą gazową, rzadko obniżoną, prawie nigdy normalną.

Na drugie, praktycznie ważne pytanie, stosunku hipertyreoz do gruźlicy, kol. St. Hornung przesłał mi następujące uwagi:

„1. Diagnostyka różniczkowa między wczesnymi okresami gruźlicy, ściślej mówiąc krwiopochodnymi (np. *tubercul. miliaris discreta, tubercul. fibrosa densa pulm.*), a hipertyreozą jest zwykle trudna. Badanie przemiany podstawowej nie zawsze będzie rozstrzygające, gdyż także w gruźlicy, a zwłaszcza przy podwyżkach ciepłoty ciała, występuje wzrost przemiany. W obu jednostkach chorobowych mogą występować podobne objawy, jak wilgotna skóra, skłonność do zwyżek ciepłoty ciała, wytrzeszcz gałek ocznych, przyśpieszenie tętna. Rozpoznanie gruźlicy płuc ustala badanie rentgenowskie. Postacie gruźlicy płuc występujące pod maską hipertyreozy *(thyreotuberculosis* według Białokura) rozpoznaje się często mylnie jako postać poronną choroby Basedowa. Każdy przypadek wykazujący zaznaczone objawy nadczynności tarczycy winien być dokładnie zbadany na gruźlicę.

2. Hipertyreoza, istniejąca pierwotnie, nie usposabia do gruźlicy. Gruźlica u osobników z wyraźną hipertyreozą ma przebieg łagodny, długotrwały, zwykle z przewagą zmian włóknistych. Na podstawie obserwacyj chorych i doświadczeń na zwierzętach przyjmuje się, że produkty wydzielania wewnętrznego tarczycy mają hamujący wpływ na rozwój zakażenia gruźliczego w ustroju".

Na bardzo ważne, ale najsłabiej jeszcze opracowane, zagadnienie stosunku witamin do hipertyreoz, otrzymałem odpowiedź z Zakładu Farmakologii Doświadczalnej (prof. Wł. Koskowski) zredagowaną przez kol. P. Kubikowskiego.

„Witaminy i hormony wywierają w ustroju ludzkim i zwierzęcym wzajemny wpływ na siebie. Czasem uzupełniają się w swojej czynności, działając wspomagająco, bądź też antagonistycznie. Co się tyczy wpływu rozmaitych witamin na czynność gruczołu tarczykowego, to zagadnienie powyższe nie zostało jeszcze dokładnie poznane i rozstrzygnięte.

Stepp i współpracownicy opisują dodatnie wyniki osiągnięte w leczeniu choroby Basedowa witaminą A. Według badań Wendta w chorobie Basedowa poziom witaminy A znacznie się obniża, by temu zapobiec radzi stosować trzy razy dziennie 30—50 kropel Voganu.

Witamina B_1. Z badań Gięd o sza wynika, że witamina B_1 nie działa antagonistycznie na tyroksynę.

Witamina C. Stosunek witaminy C do gruczołu tarczowego nie został dotychczas jeszcze dokładnie wyjaśniony. Istnieje jednak wiele faktów wskazujących na antagonizm zachodzący między gruczołem tarczykowym a witaminą C.

Przy hipertyreozie, według niektórych autorów, można stwierdzić zwiększone zapotrzebowanie prawie wszystkich witamin, szczególnie zaś witaminy C.

Witamina D. Według niezupełnie ustalonych dotychczas wyników, witamina D pobudza czynność tarczycy".

Według spostrzeżeń prof. Renckiego, w ciągu ostatnich 7 lat obserwowano w jego klinice 171 przypadków nadczynności tarczycy. Liczby roczne postępują, mianowicie: 12, 16, 23, 22, 30, 30, 40 rocznie, podczas gdy w poprzednich latach, tj. do r. 1924, przewijały się przez klinikę w ciągu roku tylko nieliczne przypadki.

Trudno jest w krótkim referacie ująć całokształt zagadnień teoretycznych i praktycznych związanych z pojęciem nadczynności tarczycy. Starałem się poruszyć tylko te sprawy, które wydawały mi się najważniejsze z punktu widzenia lekarza praktyka. Referat opracowany jest przeważnie na podstawie polskiego piśmiennictwa, które jest bardzo rozległe i obejmuje całokształt zagadnień związanych z tym tematem. Wzrastająca ilość chorób na tle nadczynności tarczycy (Rencki) oraz korzystne wyniki lecznicze skierowały inicjatora tego wydawnictwa, prof. M. Frankego do poświęcenia niniejszego zeszytu temu zagadnieniu.

Antoni FALKIEWICZ Lwów

Etiologia i patogeneza choroby Basedowa i stanów pokrewnych

Od czasu klasycznego opisu zespołu objawów nadczynności tarczycy, podanego przez Basedowa, minęło 40 lat, zanim w dociekaniach przyczyny jego zwrócono uwagę na tarczycę, albowiem dopiero z końcem ubiegłego stulecia wypowiedziano przypuszczenie (autorzy francuscy i niemieccy), iż obraz kliniczny choroby Basedowa wywołany jest nieprawidłową, a mianowicie wzmożoną czynnością gruczołu tarczykowego. W tym samym czasie chirurdzy poczęli interesować się bliżej, spostrzeganym po operacyjnym usunięciu wola, zespołem obrzęku śluzakowatego, przez innych zwanym *„cachexia strumipriva"*. Zwrócono baczniejszą uwagę na kliniczną odrębność obu stanów chorobowych. Tarczyca, mimo iż powiększenie tego gruczołu należało do objawów klasycznej trójcy merseburskiej, przez długi okres czasu nie była brana w rachubę w rozważaniach patogenezy choroby Basedowa. Przytoczone powyżej spostrzeżenia z ostatnich lat ubiegłego stulecia stanowiły zwrotny punkt w wyjaśnieniu patogenezy tego schorzenia i dały początek bardzo licznym badaniom doświadczalnym i klinicznym, dotyczącym działania gruczołu tarczykowego na ustrój.

W ciągu niewielu lat od tego czasu wykazano bardzo rozległy wpływ gruczołu tarczykowego na wszelkie procesy życiowe ustroju: przede wszystkim na spalanie podstawowe, proces utleniania w komórkach, w związku z tym zapotrzebowanie tlenu i odporność na jego brak, na przemianę azotową i tłuszczową, na glikogenną gospodarkę wątroby i wiele innych.

Po zapoznaniu się z działaniem tarczycy na ustrój, badania dalsze zmierzały do wykrycia i bliższego określenia właściwości ciała czynnego wydzieliny tarczycy, które udało się wyosobnić Baumannowi pod postacią związku białkowego, zawierającego jod, które nazwał jodotyryną. Odkrycie to zwróciło uwagę na ścisły związek działania tarczycy z jodem, zresztą istnienia tego związku domyślano się wcześniej na podstawie znanego działania jodu, zapobiegającego powstawaniu wola nagminnego.

W r. 1914 Kendall wyosobnił z czystej substancji gruczołowej krystaliczny hormon tarczycy i nazwał go tyroksyną. Podany przez niego wzór chemiczny tyroksyny okazał się niezupełnie ścisły, został poprawiony przez Harringtona, któremu udało się w r. 1921 otrzymać syntetyczną tyroksynę. Z tą chwilą, wobec łatwości uzyskania większej ilości hormonu tarczycy, rozpoczęto wszechstronne badania jego właściwości.

Zanim przejdę do omówienia właściwego tematu, tj. patogenezy choroby Basedowa i stanów pokrewnych, podam w krótkich zarysach najważniejsze dane z fizjologii hormonu tarczycy. Nie wszyscy uważają tyroksynę, w obecnej jej postaci, za jedyny i najbardziej czynny składnik wydzieliny tarczycy, dowodem tego ma być fakt, iż tyroksyna, sporządzona z tkanki tarczycowej, zawiera tylko około 16% całkowitej ilości, znajdują-

cego się w tarczycy jodu, jod nieorganiczny wynosi około 7%, a reszta związana jest z innymi ciałami, z których najważniejszym jest 3,5-dijodtyrozyna, na którą przypada 33% jodu. Nie wykazuje ona zasadniczo odmiennego działania od tyroksyny. Jodotyryna i tyroksyna, pozajelitowo podane, wywierają jednakowo silne działanie, natomiast tyroksyna podana doustnie działa względnie słabiej, co najprawdopodobniej jest wynikiem małej rozpuszczalności czystej tyroksyny, lepszej natomiast rozpuszczalności i możliwości wchłonienia ciała białkowego, w którego skład wchodzi. Stwierdzone zostało, że tyroksyna wywiera w ustroju o normalnej lub obniżonej czynności gruczołu tarczykowego taki sam wpływ, jak substancja gruczołowa, natomiast 3,5-dijodtyrozyna wywiera w tych warunkach działanie podobne, jak tyroksyna, tylko słabsze, zaś w przypadkach nadczynności tarczycy osłabia działanie tyroksyny. Bardzo być może, że wydzielina tarczycy zawiera także inne ciała, związane z jodem, dotychczas nam nieznane.

Hormonu tarczycy nie zaliczamy do typu proteohormonów, jak np. insulinę, albowiem także po zmniejszeniu drobiny do peptydu, a nawet do tyroksyny czystej, działanie pozostaje niezmienione. Obecność białka nie jest zasadniczym warunkiem działania hormonu tarczycy.

Hormon tarczycy wykazać można na drodze chemicznej przez rozłożenie substancji tarczycy i oznaczenie zawartości jodu. Dla celów klinicznych wnioskuje się o zawartości hormonu tarczycowego we krwi z oznaczenia frakcji tzw. nierozpuszczalnego w alkoholu jodu, zawiera ona bowiem jod związany z białkiem i wynosi około 1/3 całkowitej zawartości jodu krwi, na resztę zaś składają się, zawierające jod ciała tłuszczowate i nieorganiczne sole. Zawartość jodu we krwi, zależna zresztą w znacznym stopniu od okolicy zamieszkania, odżywiania a także i od pory roku, wynosi normalnie około 8—17 γ %. Biologiczne metody wykazywania hormonu tarczycy nie są ściśle swoiste, polegają one albo na oznaczaniu zwiększonego zużycia tlenu, zależnie od dawki podanej tyroksyny, albo na określaniu stopnia zmniejszenia zawartości glikogenu wątroby, albo (metoda najprostsza) na stopniu przyśpieszenia przemiany kijanek, wreszcie też na wzmożeniu odporności myszek białych na trujące działanie acetonitrylu.

Jak wspomniałem wyżej, działanie tyroksyny jest identyczne z działaniem substancji gruczołu i objawia się przede wszystkim wzmożeniem procesów spalania. Wobec możliwości krótko trwających badań przemiany gazowej, metoda ta stała się zasadniczym badaniem oznaczania stanu czynnościowego tarczycy. W podwyższeniu spalania tkankowego na skutek działania hormonu tarczycy biorą udział wszystkie jego rodzaje, a więc spalanie białek, tłuszczów i węglowodanów. Wpływ tarczycy uwidacznia się najbardziej na spalaniu węglowodanów, powodując zmniejszenie zapasów glikogenu w wątrobie bez zmian w miąższu wątroby, co tłumaczy się zwiększonym zapotrzebowaniem cukru na skutek działania tyroksyny, uniemożliwiającym gromadzenie glikogenu, mimo wzmożonego wytwarzania. Mniej danych posiadamy o wpływie tyroksyny na spalanie tłuszczów: wiadomo, że powoduje ona zmniejszenie zawartości tłuszczu w narządach. Niektórzy sądzą, że podwyżka spalania podstawowego do 70% odbywa się kosztem spalania tłuszczu. Tak samo brak dokładniejszych danych o wpływie hormonu tarczycy na poziom cholesteryny. Zwykle występuje po podaniu tarczycy wzmożony rozpad białka (zależny zresztą w znacznym stopniu od odżywiania), wyrażający się wzmożeniem bilansu azotowego. W gospodarce wodnej zaznacza się bardzo wybitny wpływ tarczycy na obwodzie, pod postacią zmiany przepuszczalności błonek komórkowych, powodującej odpęcznienie tkanek. Na tym odpęcznieniu najprawdopodobniej polega wynik działania tarczycy w obrzęku śluzakowatym. Powszechnie znany jest wpływ tarczycy na narząd krążenia i na zwiększenie ilości krwi krążącej, wpływ na szpik kostny, to jest jego podrażnienia, a więc wzrost ilości ciałek czerwonych i liczby retikulocytów, zwiększenie własności fagocytarnych leukocytów, wpływ na wzrost liczby limfocytów. Równie dobrze znany jest pobudzający wpływ tarczycy na układ sympatyczny. Nierozstrzygnięte dotychczas pozostaje zagadnienie, czy oddziaływanie tarczycy na procesy tkankowe odbywa się bezpośrednio przez działanie hormonu na komórki, powodując zmiany w ich właściwościach fizyko-chemicznych, czy też za pośrednictwem systemu nerwowego. Szereg badań i doświadczeń przemawia bądź to za jedną, bądź to za drugą możliwością, a stan komórek narządów ma, według pewnej grupy badaczy, wywierać ze swej strony duży wpływ na wytwarzanie i wydzielanie hormonu, którego działanie zależy również od chwilowego nastawienia komórek. Najbardziej prawdopodobne jest, iż działanie hormonu tarczycy odbywa się i jedną i drugą drogą, spełniając niejako rolę katalizatora przez wpływanie na środowisko, w którym się odbywają procesy życiowe.

Współpraca tarczycy z innymi gruczołami wewnętrznego wydzielania, czyli tzw. korelacja, objawia się przede wszystkim w bardzo znacznym wpływie przysadki mózgowej na tarczycę przez wytwarzany w przednim płacie przysadki hormon tarczycozwrotny, którego istnienie stwierdzone zostało ponad wszelką wątpliwość na drodze doświadczalnej. Po wstrzyknięciu hormonu tarczycozwrotnego występują w tarczycy u ssaka zmiany, wskazujące na zwiększoną pracę gruczołu: powiększenie, pomnożenie komórek śródbłonkowych, zmniejszenie ilości koloidu i nierozpuszczalnego w alkoholu jodu tarczycy na korzyść jego wzrostu we krwi. Do wykazania hormonu tarczycozwrotnego służą, z natury jego działania, te same metody, co do wykazania tyroksyny. Za mysią jednostkę hormonu uważa się taką jego ilość, która wstrzykiwana śwince morskiej codziennie, powoduje po 3 dniach pierwsze wyraźne zmiany nadczynnościowe w samej tarczycy. Nowsze badania wskazują na możliwość wyosobnienia z krwi i oznaczania wolnego od tyroksyny hormonu tarczycozwrotnego. W stanach nadczynności tarczycy ilość jego w surowicy jest zmniejszona, zaś w nadczynności ponad normę zwiększona. Sole jodowe w małych dawkach, tyroksyna i 3,5-dijodtyrozyna powodują zmniejszenie wydzielania hormonu tarczycozwrotnego; w ten sposób działają te ciała uspokajająco na tarczycę. Działanie hormonu tarczycozwrotnego uwidacznia się także na gruczole przeszczepionym, odnerwionym, a także i na tkance gruczołowej tarczycy poza ustrojem. Jest to więc typowe działanie bezpośrednie. Organizm posiada także zdolność obrony przed nadmiarem hormonu tarczycozwrotnego, dzięki istnieniu w surowicy krwi ciała obronnego przeciw hormonowi tarczycozwrotnemu, którego ilość wzrasta przy długotrwałym nadmiarze hormonu tarczycozwrotnego i niweczy jego działanie. To ciało obronne wykazać można we krwi zwierząt pozbawionych przysadki po podaniu im hormonu tarczycozwrotnego, brak zaś jego u zwierząt pozbawionych tarczycy. Tyroksyna powoduje zwiększenie ilości ciała obronnego przeciw hormonowi tarczycozwrotnemu. Krótko ująć można wzajemny stosunek hormonu tarczycozwrotnego, hormonu tarczycowego i ciała obronnego przeciwko hormonowi tarczycozwrotnemu następująco: hormon tarczycozwrotny powoduje zwiększone wydzielanie hormonu tarczycowego, w następstwie tego wytwarza się ciało obronne (nie wiadomo w którym narządzie), którego działanie skierowane jest przeciw hormonowi tarczycozwrotnemu. W ten sposób może być wzmożone wydzielanie tarczycy po pewnym czasie wstrzymane.

Bardzo wielki jest wpływ życia płciowego kobiety na tarczycę (powiększanie się gruczołu tarczowego w okresie dojrzewania, miesiączki, ciąży, przekwitania — stany te idą przeważnie w parze z wzmożoną czynnością tarczycy). Na odwrót tarczyca posiada decydującą rolę w życiu dojrzałej kobiety, jak grasica w wieku dziecięcym, a układ chromochłonny u dojrzałego mężczyzny. Zapatrywania różnych badaczy na wzajemne oddziaływanie hormonu tarczycy i hormonu jajników są rozbieżne, jedni dopatrują się wyraźnego antagonizmu, inni do pewnych granic współdziałania.

Stosunek tarczycy do substancji rdzennej nadnerczy uwidacznia się dopiero przy nadmiarze hormonu tarczycy, który powoduje uczulenie na adrenalinę. Znaną jest duża wrażliwość ludzi z nadczynną tarczycą na adrenalinę, której dawki, znoszone przez normalnych dobrze, powodują napady bólów dławicowych z podwyższeniem ciśnienia i częstości czynności serca. W przypadkach niedostatecznej czynności tarczycy objawy te nie występują; w ten sposób tłumaczymy korzystne wyniki usunięcia tarczycy w przypadkach dławicy piersiowej. W sprawie przyswajania, zarówno hormon tarczycy, jak adrenalina, działają synergicznie.

Nie będę na tym miejscu omawiał mniej wyraźnego i mniej ważnego stosunku tarczycy do innych gruczołów wkrewnych.

Wyniki badań wpływu witamin na czynność tarczycy i odwrotnie nie są jeszcze tak dalece ustalone, iżby je w krótkości można podać: za pewny uchodzi fakt zubożenia organizmu w witaminę A pod wpływem nadczynności tarczycy.

Przed omówieniem czynników patogenetycznych, których ilość w latach ostatnich wzrosła znacznie dzięki rozwojowi nauki o gruczołach wewnętrznego wydzielania, o roli witamin, konstytucji, podkreślić należy sprawę zasadniczego znaczenia, że tak choroba Basedowa, jak i wszystkie stany pokrewne, przez różnych autorów rozmaicie nazywane, stanowią, według ścisłych badań laboratoryjnych, wspólną grupę schorzeń z nadczynności tarczycy. Różnice między poszczególnymi postaciami nadczynności tarczycy, a więc między chorobą Basedowa a tyreotoksykozami, czy hipertyreozami, polegają na nasileniu stopnia nad-

czynności z jednej strony, z drugiej zaś na indywidualnej jakości i stopniu reakcji narządów na nadmiar hormonu tarczycy, zależnych od czynników konstytucjonalnych. W piśmiennictwie ostatnich dziesiątków lat uwidaczniają się usiłowania określenia konstytucjonalnego typu tarczycowego. Cechą wspólną wszystkich podanych biotypów jest względna nadczynność tarczycy, polegająca na zwiększonej wrażliwości ustroju na hormon tarczycowy. Skłonność do nadczynności u ludzi tego typu jest wrodzona, przekracza granice w razie przypadkowego zaburzenia czynności układu hormonalnego, a więc w ciąży, w okresie przekwitania, po poronieniach, po ciężkich wstrząsach psychicznych, wszystkich procesach, wywołujących silne wstrząsy systemu wkrewnego. Wiemy doskonale z kliniki, że w wielu przypadkach tarczyca jest szereg lat powiększona, przy tym normalnie czynna, a dopiero po jednym z wyżej podanych wstrząsów przechodzi w stan chorobliwej nadczynności (uczynnienie wola).

Dalszym czynnikiem patogenetycznym jest doprowadzenie od zewnątrz jodu, który natrafia na istniejącą gotowość tarczycy do nadczynności. Szczególnie podatnym materiałem do uczynnienia wola przez podanie jodu są obciążone wolem kobiety w okresie przekwitania.

Interesującym zagadnieniem, który spowodował w ostatnich latach żywą dyskusję, są tzw. hipertyreozy starcze, często z powodu równoczesnego nadciśnienia niewłaściwie rozpoznawane, dopiero dzięki udoskonalonym metodom dostępne właściwemu rozpoznaniu.

W dużym procencie schorzeń z nadczynności tarczycy daje się wykazać w wywiadach i obserwacji klinicznej uraz psychiczny, jako czynnik przyczynowy przy odpowiedniej dyspozycji konstytucjonalnej. Mechanizm powstawania nadczynności tarczycy w następstwie przeżyć psychicznych wyjaśnić się daje przez idące od kory mózgowej pobudzenie układu sympatycznego. O wpływie hormonu tarczycozwrotnego przedniego płata przysadki była mowa poprzednio. Duży wpływ wywierają w powstawaniu hipertyreoz ośrodki międzymózgowia, za czym przemawiają przypadki nadczynności tarczycy przy objawach zapalenia mózgu lub przypadki hipertyreozy w wieku starszym z innymi objawami z tej okolicy mózgu.

W rozważaniach, jaka jest właściwa przyczyna omawianych stanów chorobowych przyjąć musimy, według obecnego stanu badań, nadmiar hormonu tarczycy za przyczynę najistotniejszą. Aby nadmiar hormonu tarczycy mógł wywołać stan chorobowy, niezbędne jest odpowiednie nastawienie narządów obwodowych, które, jak wspomnieliśmy wyżej, uwarunkowane jest z jednej strony czynnikami konstytucjonalnymi, z drugiej nerwowymi. Bardzo ważna rola systemu nerwowego widoczna jest w tym, że wobec pewnej konstytucjonalnej nadwrażliwości układu sympatycznego, w razie nadmiaru hormonu tarczycy widzimy pełny obraz choroby Basedowa, w innym razie, gdy ta wrażliwość konstytucjonalna jest mała, nadmierna ilość hormonu tarczycy da tylko objawy toksykozy, jako reakcji niektórych narządów.

Nerw sympatyczny jest nerwem wydzielniczym tarczycy; podlega on wielorakim wpływom układu nerwowego ośrodkowego, jak również stan jego napięcia zależny jest od hormonów innych gruczołów wkrewnych, przede wszystkim nadnerczy. Niejednolite wegetatywne nastawienie narządów obwodowych co do hormonu tarczycy, zwłaszcza jego nadmiaru (klasyczny typ wago- i sympatykotoniczny) tłumaczy te stany, w których mamy niepełny obraz choroby Basedowa; tłumaczy również pozorne sprzeczności obrazów klinicznych, np. otyłość przy nadczynności lub niektóre rysy obrzęku śluzakowatego. Ważne jest również niejednolite nastawienie wegetatywne narządów obwodowych, przede wszystkim różnica w przemianie materii tych narządów (rozrzutna sympatykotonika i oszczędna gospodarka wagotonika) dla wytłumaczenia wpływu obwodu na stopień wydzielania hormonu.

Władysław ELMER Lwów

Znaczenie badań pracownianych w nadmiernej czynności gruczołu tarczowego

Badania pracowniane posiadają znaczenie w rozpoznawaniu oraz w ocenie przebiegu leczenia nadtarczyczności (tyreotoksykoz) i jej stanów pokrewnych. Szczególnie wybitne jest znaczenie badań pracownianych w rozpoznaniu poronnych, nietypowych postaci nadtarczyczności, których kliniczny obraz, tak często wielopostaciowy, nie daje dostatecznej podstawy do ścisłego rozpoznania nadczynności tarczycy, mogąc z łatwością skierować rozpoznanie lekarza w zupełnie fałszywym kierunku. Natomiast w typowych przypadkach nadtarczyczności badania pracowniane są zbyteczne w rozpoznaniu, ale wskazane jako czynnik kontrolny w przebiegu leczenia.

Najlepszą metodą określenia stanu czynnościowego tarczycy byłoby *oznaczenie poziomu hormonu tarczycowego we krwi*. Niestety, jego określenie na drodze chemicznej wymaga zbyt wielkich ilości krwi (50—100 cm³) i jest zbyt żmudne, aby mogło znaleźć praktyczne zastosowanie. Godzi się tutaj wspomnieć, że poziom jodu tyroksynowego jest w nadtarczyczności podwyższony, wahając się między 8.5—16 γ%, a we krwi normalnej nie przekracza 5 γ% (γ = 1/1000 mg).

Próby zaś *biologiczne*, mające wykrywać hormon tarczycowy we krwi, już to nie są swoiste, już to w ogóle nie nadają się do wykrywania tak małych ilości hormonów. Stosunkowo najwięcej bywa z nich używany w klinice *odczyn* R e i d H u n t a, który polega na wykazaniu wzmożonej odporności męskich białych myszy wobec wstrzykniętego acetonitrilu.

Wobec trudności wykazania hormonu tarczycowego we krwi na drodze chemicznej czy biologicznej, starano się uciekać do innych prób rozpoznawczych, które pośrednio mogą wskazywać na nadczynność tarczycy. Spośród tych prób tylko niektóre zasługują na uwagę. Określenie *limfocytozy* nie wchodzi chyba dzisiaj więcej w rachubę. Również *metoda opadania krwinek* Biernackiego, jako mało charakterystyczna, nie nadaje się do celów rozpoznawczych, raczej jako metoda kontrolna przebiegu leczenia nadtarczyczności (G r a b o w s k i i F a l k i e w i c z).

Pewne zastosowanie znalazło badanie surowicy krwi przy pomocy metody *interferometrycznej* Abderhaldena, która jednak, nawet w nowszym opracowaniu metodą Hirscha, nie zawsze dostatecznie określa, czy zachodzi stan nadczynnej, czy niedoczynnej tarczycy. W Polsce bywa ona stosowana w Poznańskiej Klinice Wewnętrznej (J e z i e r s k i), w Wileńskiej Klinice Wewnętrznej (K l u k o w s k i) i w Warszawskiej Klinice Wewnętrznej II (R e i c h e r). W niepewności tej metody należy przypuszczalnie szukać nieznacznego stosowania jej w praktyce.

Z badań krwi zasługuje na znacznie baczniejszą uwagę oznaczenie *cholesterolu i jego estrów* w surowicy krwi. Wybitne obniżenie cholesterolu całkowitego, niekiedy nawet do 60 mg % (normalnie poziom waha się od 120 do 180 mg), któremu towarzyszy zaburzenie w estryfikacji (wskaźnik poniżej 30%), wskazywać może na cięższe uszkodzenie wątroby, a pośrednio na nadczynność tarczycy. Badanie to, łatwo dostępne, łącznie z oznaczeniem przemiany spoczynkowej, może posiadać znaczną wartość praktyczną. Należy jednak zwrócić uwagę, że w lekkich i średnio-ciężkich przypadkach nadtarczyczności wartości cholesterolu mogą być prawidłowe.

Z innych metod pracownianych, nie opierających się na badaniu krwi, czy moczu, należy wspomnieć o znaczeniu *oporności elektrycznej (electrical impedance)* oraz o *krzywej elektrokardiograficznej*, z których ostatnia posiada daleko większą wartość. Stwierdzenie bowiem pewnych zmian, jak wzrost załamka $P_{1,2}$ i $R_{1,2}$, pogłębienie S_3 oraz odwrócenie T_3, niewątpliwie wskazuje na nadczynność tarczycy. Wartość stwierdzenia powyższych zmian elektrokardiograficznych posiada tę wyjątkową stronę, że zespół powyższy nie występuje w żadnym innym schorzeniu. O ile jednak występowanie powyższego zespołu świadczy niewątpliwie o nadczynności tarczycy, o tyle brak tych zmian nie przemawia przeciw istnieniu nadczynności tarczycy. Należy przy tym zwrócić uwagę na to, że w daleko posuniętym przebiegu nadtarczyczności zmiany elektrokardiograficzne mogą posiadać obraz już zmieniony i nietypowy, jakie stwierdza się np. w zajęciu naczyń wieńcowych. Godzi się pamiętać, że w początkowym przebiegu nadtarczyczności można stwierdzić, obok częstoskurczu, wyłącznie wysoki załamek P, który jednak może występować również w sympatykotoniach.

Na osobną wzmiankę zasługuje próba tlenochłonności Sochańskiego, która oznaczona w moczu, wykazuje jej wzmożenie w nadczynności tarczycy. Wedle S o c h a ń s k i e g o, badanie tlenochłonności ma być próbą przebiegającą równolegle z nasileniem nadczynności tarczycy. Wielka czułość próby jest jej wielką zaletą, ale należy przy tym zauważyć, że najmniejsze uchybienie w wykonaniu próby może zachwiać wynik próby.

Bardzo szerokie zastosowanie w rozpoznaniu czynności tarczycy znalazło określenie podstawowego przyswajania, czyli *przemiany spoczynkowej* (p. s.), która stanowi dzisiaj, pomimo pewnych swych usterek, metodę najlepszą. Chcemy z góry zaznaczyć, że metoda ta nie może być uważana za zupełnie charakterystyczną, albowiem tarczyca bierze udział w sprawach utlenienia w ustroju tylko w 40%.

Podstawowe, czyli spoczynkowe przyswajanie oznacza tę ilość ciepłostek, jaką organizm wytwarza na czczo i w zupeł-

nym spoczynku. Przedstawia ona tę energię, jaką organizm musi zużyć na pracę serca, krążenie, oddychanie, na pracę potrzebną na wykonanie ruchu robaczkowego jelit, na utrzymanie napięcia mięśniowego, itp. Podstawowe spalanie jest u danego osobnika wartością stałą, podobnie jak ciepłota ciała, czy ilość uderzeń tętna na minutę. Nie zmienia się ona w ciągu wielu lat, malejąc tylko w późniejszym okresie życia. Nie ma też większych różnic między wartościami przemiany spoczynkowej u różnych normalnych osobników tej samej wagi ciała (albo ściślej, powierzchni ciała), wzrostu, wieku i płci. Mierzenie spoczynkowego spalania (p. s.) odbywa się w sposób dwojaki: a) bezpośrednio i b) pośrednio. *Ad* a) Osobnika umieszcza się w pokoju kalorymetrycznym i oznacza się ilość ciepłostek przez niego wytworzonych w jednostce czasu. Metoda ta bywa stosowana tylko w większych zakładach i klinikach. *Ad* b) W praktyce przyjęła się metoda, polegająca na oznaczaniu zmian w procesie oddychania płucnego, tj. tlenu pobranego i dwutlenku węgla wydalonego przez płuca.

Z przyrządów klinicznych najwięcej się przyjęły aparaty Benedikta (Ameryka), Krogha (aparat ten pozwala tylko na oznaczenie tlenu), Haldane'a (Anglia, Polska, Belgia), Knippinga (Niemcy).

W Polsce więcej używany bywa przyrząd Haldane-Douglasa, który pozwala na bardzo ścisłe oznaczenie O_2 i CO_2 w krótkim stosunkowo czasie. Wielką zaletę tego przyrządu stanowi to, że jest on przyrządem przenośnym, tj. nie wymaga konieczności obecności chorego w pracowni; badanie bowiem może odbyć się też w domu.

Zasada oznaczenia O_2 i CO_2 jest prosta. Osobnik dany, na czczo (10 do 12 godzin po ostatnim posiłku, skąpo białkowym) i w zupełnym spoczynku (po godzinie leżenia) oddycha spokojnie przy pomocy szczelnego ustnika i zamkniętych przewodach nosowych przez krótki czas (wystarczy 5 minut) do worka szczelnego Douglasa. Przyrząd jest w ten sposób sporządzony, że do worka dostaje się tylko powietrze wydechowe, nie zaś powietrze wdechowe, które wychodzi na zewnątrz. Potem z worka wpuszcza się do aparatu Haldane'a 10 cm^3 powietrza i oznacza się ilość O_2 i CO_2. Ilość powietrza wydechowego, którą osobnik wydychiwał do worka, oznacza się w cm^3 przy pomocy zegara powietrznego (suchego lub wodnego). Następnie wartości O_2 i CO_2 otrzymane w próbce (10 cm^3) powietrza wydechowego w 5 min., przerachowuje się na ilość zużycia tlenu w jednostce czasu. Do ułatwienia przerachowania służą 2 tablice Elmera i Schepsa oraz 1 tablica Schunburga, które z wielką ścisłością pozwalają w ciągu 3 minut obliczyć ilość ciepłostek w ciągu 24 godzin [1]).

Przemianę spoczynkową określa się w sposób różny, albo ilością tlenu w cm^3, jaką osobnik zużył w jednej minucie na 1 kg wagi ciała, albo, ściślej, ilością ciepłostek wytworzonych przez osobnika (po przerachowaniu na 24 godzin) i porównaniu jej z ilością ciepłostek, którą wytworzyłby osobnik tej samej wagi ciała, tego samego wzrostu, wieku i płci (tablice Harris-Benedikta dla dorosłych, Kestner-Knippinga dla dzieci).

Normalnie osobnik posiada spalanie spoczynkowe, wahające się między + 10 a — 10%. Jeżeli je wyrazić zaś w cm^3 zużytego tlenu na minutę, to waha się ono między 200 a 220 cm^3 lub jeszcze ściślej między 3 a 3.5 cm^3 tlenu w 1 minucie i na 1 kg wagi ciała.

Spoczynkowe spalanie posiada praktyczne znaczenie zarówno w rozpoznawaniu, jak i rokowaniu, a przede wszystkim w przebiegu kontrolnym różnych schorzeń.

Spalanie spoczynkowe może być zwiększone lub obniżone w przebiegu wielu schorzeń. Zwiększenie p. s. występuje w schorzeniach gruczołów wkrewnych, przede wszystkim tarczycy (tyreotoksykozy), niektórych schorzeń płata przedniego przysadki (akromegalia), narządu wysepkowego trzustki (niektóre postacie cukrzycy). Poza schorzeniami gruczołów wkrewnych możemy stwierdzić wzrost p. s. w przebiegu schorzeń serca w okresie niewyrównania, naczyń krwionośnych (miażdżyca), schorzeń krwi, szczególnie w niedokrwistościach złośliwych, w czerwienicy, w białaczce, żółtaczce hemolitycznej, w niektórych splenomegaliach, dalej w przebiegu chorób zakaźnych ostrych i niektórych przewlekłych (gruźlica, szczególnie w okresie gorączkowym), dalej schorzeń nowotworowych (rak).

Zwiększenie p. s. występuje najstalej i najwybitniej w tyreotoksykozach. Wartości jej mogą niekiedy przekraczać 100%. Zazwyczaj wzrost p. s. idzie w parze z nasileniem tyreotoksykoz. Należy uważać przypadki tyreotoksykoz za bardzo wyjątkowe, w których p. s. nie byłaby zwiększona. Dzięki badaniu p. s. można odróżnić tyreotoksykozy od tzw. *nevrose végétative pseudohyperthyroïdienne* (Maranon), w której p. s. jest zawsze prawidłowa. Obraz kliniczny tak łudząco przypomina chorobę Basedowa (bicie serca, częstoskurcz, powiększenie się tarczycy, drżenie rąk, wzmożona reakcja naczynio-ruchowa, chudnięcie, zaburzenia w miesiączkowaniu itp.), że bez badania p. s. nie można obu rodzajów schorzenia od siebie odróżnić. Rzecz jasna, że w przypadkach wola zwykłego p. s. jest normalna lub nawet obniżona, w porównaniu z wolem w tyreotoksykozach. Niektóre objawy, jak wytrzeszcz gałek ocznych, np. na tle obrzęku pozagałkowego, guzów jamy oczodołowej, mogą łącznie z niektórymi innymi objawami stworzyć pozorny zespół choroby Basedowa. W tych przypadkach p. s. jest również normalna.

Znaczenie prognostyczne przyswajania spoczynkowego jest duże w przebiegu tyreotoksykoz. Im wyższe są wartości p. s. w tyreotoksykozach, tym rokowanie jest zazwyczaj gorsze. Wysokość p. s. pozwala nam się kierować wskazaniami do postępowania leczniczego zachowawczego lub operacyjnego. Niektórzy klinicyści nie godzą się na zabieg operacyjny, gdy wartości p. s. są bardzo wybitnie podwyższone, np. ponad + 30%. Starają się oni wpierw leczeniem zachowawczym obniżyć możliwie najniżej p. s., by móc w lepszych warunkach, bez szkody dla chorego, przeprowadzić zabieg operacyjny.

Znaczenie kontrolne p. s. w przebiegu leczenia jest bodajże największe. Systematyczne badanie p. s., przeprowadzone w odpowiednich odstępach czasu, należy do najlepszych metod kontrolnych naszego postępowania leczniczego. By móc najlepiej ocenić ich wartość, sposób i wysokość dawkowania i długość potrzebnego czasu leczniczego, np. jodem lub energią promienistą, najlepiej do tego celu służyć może badanie p. s.

W leczeniu zachowawczym tyreotoksykoz odgrywa jod wielką rolę. Leczenie jodem daje w jednych przypadkach doskonałe wyniki lecznicze, w innych znowu pozostaje ono nie tylko bez wpływu, ale przynosi nieraz wybitne pogorszenie stanu chorobowego. Te ujemne następstwa leczenia jodem nie dadzą się w przeważnej części wypadków w czas klinicznie uchwycić. Objawy ze strony tętna, bicie serca, czy to zmiany naczyniowo-ruchowe itp., występują stosunkowo późno; najwcześniej informuje nas o wpływie ujemnym jodu zaznaczający się wzrost p. s. Gdyby się chcieć oprzeć tylko na objawach klinicznych bez badania p. s., to doszlibyśmy stosunkowo późno do przeświadczenia, że należy w danym przypadku jod odstawić, który mógł jednak w międzyczasie już wyrządzić znaczne szkody. Należy pamiętać, że jod wywołuje niekiedy tylko czasowy spadek p. s. (kilkutygodniowy), po czym może spowodować ponowny i trwały wzrost p. s. Fakt ten wskazuje na to, że badanie p. s. musi być systematyczne i ciągłe. Okres tego przejściowego spadku p. s., któremu odpowiada poprawa obrazu klinicznego choroby, wyzyskuje się dzisiaj dla przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Jeszcze większe znaczenie kontrolne posiada p. s. w przebiegu leczenia promieniami Roentgena i radu. Wskazania dla wysokości dawek, ilości i długości posiedzeń, ich odstępów oraz długości całego okresu leczniczego, mogą się opierać tylko na systematycznej kontroli p. s. W przeciwnym razie można w niektórych przypadkach bardzo poważnie choremu zaszkodzić, już to przez obniżenie czynności gruczołu tarczykowego i spowodowanie pojawienia się bezpowrotnego stanu obrzęku śluzakowatego, już to, jak to wspomnieliśmy powyżej, może dojść do silnego zaostrzenia tyreotoksykozy. W przypadkach, w których systematyczna kontrola p. s. wykaże jej gwałtowny spadek (poniżej 10%) lub jej wzrost, będzie nas ostrzegało przed dalszym stosowaniem leczenia Roentgenem.

Wobec braku odpowiedniej, dla celów klinicznych, biologicznej, czy chemicznej metody oznaczenia hormonu tarczycowego we krwi, musi się uciekać do *oznaczenia jodu całkowitego we krwi*, który tylko z grubsza pozwala ocenić ilość tyroksyny, albowiem prócz jodu tyroksynowego określa on jeszcze inne połączenia jodowe.

Skoro nadczynność tarczycy polega na wydzielaniu zwiększonej ilości hormonu tarczycowego do obiegu krwi, należało się spodziewać zwiększonego poziomu jodu całkowitego we krwi. W Polsce poziom jodu całkowitego we krwi u ludzi zdrowych waha się między 8—18 γ%, przeciętnie 10 γ%. Jeśli stwierdzi się wzrost stężenia jodu we krwi ponad 20 γ%, zachodzi podejrzenie o nadczynność tarczycy.

We wszystkich przypadkach tyreotoksykoz daje się stwierdzić hiperjodemia, przekraczająca niekiedy nawet 100%. Normojodemia może się zaznaczać w długotrwałym przebiegu tyreotoksykoz, np. *ante finem* lub w *coma basedovicum*, kiedy czyn-

[1]) Powyższe 3 tablice są podane w pracy: A. W. Elmer i M. Scheps: Tabellen zur Berechnung der Gasstoffwechselwerte. Dtsch. Arch. Klin. Med. 172, 154, 1931.

ność tarczycy jest na wyczerpaniu. Hiperjodemii towarzyszą podwyższone wartości p. s., jakkolwiek równoległość między tymi wartościami nie jest ścisła. Wzrost jodu całkowitego we krwi odbywa się kosztem frakcji organicznej jodu, zawierającej hormon tarczycowy.

Znaczenie określenia jodu we krwi jest w przybliżeniu takie dla tyreotoksykozy, jak określenie cukru we krwi w cukrzycy lub wapnia w tężyczce. Oczywiście, podobnie jak oznaczenie p. s., badanie jodu we krwi posiada wartość w rozpoznawaniu czynności tarczycy, ale z pewnymi zastrzeżeniami. Wzmożone wartości jodu we krwi spotyka się również w nerwicach wegetatywnych, w częstoskurczach ponad 130 uderzeń tętna na minutę, występujących w przebiegu wad serca, w niektórych postaciach cukrzycy, w niedokrwistości złośliwej, w białaczce, w niektórych postaciach nadciśnienia, w miesiączce i w ostatnich miesiącach ciąży.

W nerwicach wegetatywnych hiperjodemia zazwyczaj nie bywa wybitna, przy czym łatwo je wyłączyć z tyreotoksykoz przez równoczesne stwierdzenie braku wzrostu p. s. Oczywiście, trudność rozpoznawcza wzmaga się z uwagi na to, że w niektórych, acz wyjątkowych, przypadkach tyreotoksykoz p. s. może być prawidłowa. Wówczas należy uciec się do oznaczenia próby obciążenia jodem (o czym mowa poniżej). Tej samej próby wypada użyć, jeżeli w przebiegu niektórych wad serca, przebiegających z częstoskurczem ponad 130 uderzeń tętna, jod we krwi i p. s. bywają zwiększone.

Na znaczne trudności rozpoznawcze natrafia się w rozróżnieniu początkowych postaci gruźlicy od tyreotoksykoz, których obraz kliniczny może być łudząco do siebie podobny. Jeśli p. s. przekracza + 20%, to raczej przemawia za tyreotoksykozą. W przypadkach ze wzrostem p. s. nie dochodzącym do 20%, przychodzi z pomocą oznaczenie jodu we krwi, którego poziom w gruźlicy jest prawidłowy lub nawet obniżony.

Z kolei zachodzi pytanie, czy stwierdzenie prawidłowego poziomu jodu we krwi pozwala wyłączyć tyreotoksykozę. Otóż należy podnieść, że we wszystkich naszych przypadkach tyreotoksykoz (nieleczonych i o niezbyt długotrwałym przebiegu) wartości jodu były zawsze wzmożone. Jeśli się przyjmie istnienie choroby Basedowa pochodzenia ośrodkowego bez współudziału tarczycy, wówczas oznaczenie poziomu jodu we krwi może posiadać wartość dla odróżnienia obu postaci choroby Basedowa z tłem tarczycowym lub bez tła tarczycowego.

Próba obciążenia jodem nieorganicznym, jako próba czynnościowa tarczycy, została wprowadzona przez autora dla stwierdzenia, czy istnieje w danym przypadku nadczynność lub niedoczynność, albo prawidłowa czynność tarczycy. Próbę tę wykonuje się w ten sposób, że wstrzykuje się dożylnie 1,3 mg jodu (1,3 cm³ roztworu 0,658 g KJ w 500 cm³ wody) i bada się ilość wydzielonego jodu w moczu w ciągu 6 godzin. W przypadkach prawidłowych odsetek wydzielonego jodu w moczu waha się pomiędzy 12—18%, w przypadkach niedoczynności tarczycy jest on znacznie wzmożony, w przypadkach zaś nadczynności tarczycy oraz niektórych przypadkach wola zwyczajnego jest on wybitnie obniżony, sięgając nawet do 0,8%. Ten ostatni fakt pozostaje w związku ze wzmożoną chciwością wychwytywania jodu przez tarczycę. Godzi się zauważyć, że w przypadkach wola zwyczajnego poziom jodu całkowitego we krwi jest prawidłowy, pomimo zmniejszonego wydzielania jodu we krwi po obciążeniu. Ta prawidłowa jodemia różni się od hiperjodemii w tyreotoksykozach i może być pomocną w niektórych przypadkach wola zwyczajnego dla odróżnienia od tyreotoksykoz.

Zbierając wartość metod pracownianych dla rozpoznania czynności tarczycy, możemy podkreślić, że we wszystkich przypadkach, rozpoznawczo wątpliwych, należy obok oznaczenia p. s., cholesterolu i jego estrów uciekać się do oznaczenia jodu we krwi i próby obciążenia jodem [2]).

[2]) Bliższe dane, dotyczące powyższego zagadnienia, znajdzie czytelnik w monografii autora po polsku „Fizjologia i Patologia Przemiany Jodu". Wydawn. Pol. Akad. Um. Kraków (1936) oraz po angielsku „Iodine Metabolism and Thyroid Function". Wyd. Oxford University Press, Londyn, 1938.

Leczenie choroby Basedowa i stanów pokrewnych

A

Antoni SABATOWSKI Lwów

Leczenie wewnętrzne

Lecznictwo to ma tym większe zastosowanie w chorobie Basedowa im postać chorobowa jest lżejsza, w postaciach poronnych i niezupełnych tej choroby stanowi zwykle leczenie główne, w postaciach ciężkich stanowi wstęp i przygotowanie do innych, bardziej radykalnych sposobów leczenia, a po tym leczenie końcowe. Ocena skuteczności leczenia zachowawczego jest w ogóle dość trudna ze względu na nieraz kapryśny przebieg choroby, samoistne i długotrwałe poprawy kończące się nieraz ponownymi pogorszeniami. Stosowanie tego leczenia w przypadkach poważniejszych nie może trwać długo, w każdym razie nie dłużej niż 2—3 miesięcy, gdyż w braku całkiem wyraźnej i znacznej poprawy, dłuższe zwlekanie pogarsza widoki skuteczności innych metod leczenia. W przypadkach cięższych i całkiem ciężkich leczenie takie nie powinno przekraczać 2—3 tygodni, tj. czasu, w którym uzyskuje się maksimum poprawy, zwiększającej widoki dobrego przebiegu zabiegów radykalnych.

Leczenie ogólne obejmuje spoczynek, a więc leżenie w łóżku, w przypadkach z poważniejszymi objawami, a w lżejszych usunięcie się od pracy zawodowej. Dokładny spokój psychiczny zapewnia najlepiej zakład leczniczy, odcinający chorego od wszelkich trosk życia i urazów dawnego środowiska. Przypadki wykazujące w tych warunkach wyraźną poprawę mogą być następnie skierowane w okolice podgórskie i górskie (500—900 m n. p. m.), położone zacisznie i dobrze chronione od wiatrów celem dalszego leczenia. Autorzy szwajcarscy doradzają wprawdzie wysokości znacznie większe, nawet do 1.600 m n. p. m., jednakowoż w naszych warunkach górskich wzniesienia te są już mało osłonione od wiatrów, a przy tym znaczna różnica wzniesień między poziomem miejsc zamieszkania w Polsce a miejsc zamieszkania chorych w Szwajcarii i górzystych okolicach krajów sąsiednich jest dość znaczna i nagła zmiana warunków klimatycznych w tak wielkiej rozpiętości niezawodnie może przynieść szkodę przez niepokojenie układu nerwowego wegetatywnego, tak bardzo pobudliwego przy wszelkich zaburzeniach tarczycowych. W Polsce uważalibyśmy Worochtę i Zakopane za najwyżej położone punkty dostępne dla lżej chorych a w większości przypadków bardziej wskazane byłyby wzniesienia mniejsze, jak np. Maków podhalański, posiadający dobrze urządzony dom wypoczynkowy Związku Kolejarzy, Tatarów, Kamień Dobosza, Jaremcze, a poza głównym sezonem letnim Kosów huculski, bardzo zacisznie położony, lecz w miesiącach letnich zbyt ciepły. Chorzy ci muszą unikać upałów, które stanowczo im szkodzą i silniejszych wiatrów. Z tego powodu przeciwwskazany jest dla nich pobyt nad otwartym morzem ze względu na ustawiczny mniejszy lub większy ruch powietrza na wybrzeżu oraz silne nasłonecznienie. W miejscowości klimatycznej chory musi unikać pensjonatów gwarnych, dużo przebywać na świeżym powietrzu, jednak unikając silnego nasłonecznienia i to nie tylko w porze letniej, ale nawet zimowej. Zaciszna leżalnia jest najodpowiedniejszym miejscem pobytu i powinna być używana tym wydatniej, im bardziej zaznaczone są objawy chorobowe. Osobnikom z całkiem lekkimi poronnymi objawami pozwolimy jednak na krótkie nie męczące przechadzki. Świeże otwarte powietrze wpływa kojąco i regulująco na objawy wegetatywne i wkrewne. Oczywiście w przypadkach poważniejszych nie należy oczekiwać z tego tytułu daleko idącej poprawy.

Bardzo ważnym, a nieraz niedocenianym czynnikiem jest odpowiedni sposób odżywiania chorych. Dieta powinna zawierać tylko małe ilości mięsa, podanego w postaci lekkostrawnej (cielęcina, drób, ryby rzeczne). W wielu wypadkach wskazana będzie dieta bezmięsna i to tak ze względu na swoisto-dynamiczne działanie białka, jak też i na skłonność do biegunek, dość pospolitą u tych chorych. Oczywiście wiemy, że uporczywe biegunki w tych przypadkach oporne są na wszystkie usiłowania lecznicze z wyjątkiem usunięcia tarczycy (Kocher, Wilms). Żywienie jarskie prowadzi jednak nieraz do przecukrzenia krwi i cukromoczu u tych chorych. Jeżeli przewód pokarmowy jest sprawny, zaleca się spożywanie surowych owoców i soków wyciśniętych z owoców lub jarzyn oraz surowego mleka, a to ze względu na obfity dowóz witamin, których niedobór pogarsza obraz chorobowy. Chorzy powinni spożywać częste, a raczej niezbyt obfite posiłki, w przypadkach chudości uzasadnioną jest

próba leczenia tuczącego. Wyniki tych usiłowań oczywiście nie zawsze są zadowalające, a z drugiej strony także i przyrost wagi nie zawsze świadczy o znaczniejszej poprawie stanu. Całkiem oczywiście zakażemy chorym używania herbaty i kawy, alkoholu i tytoniu, a dopuszczając spożycie mięsa, nie zalecamy jednak dziczyzny, pasztetów, mięsa i ryb marynowanych, solonych i tłustych. Tolerancja na większą ilość tłuszczów jest zwykle zła.

Wodolecznictwo, dawniej chętnie w tych przypadkach stosowane, ograniczone zostało w następstwie doświadczeń do bardzo skromnych rozmiarów. Chorzy ci źle znoszą wszelkie zabiegi ciepłe, ale również i zimne więcej szkodzą, niż przynoszą pożytku. Z całego arsenału wodoleczniczego pozostały jedynie ostrożne zmywania nie bardzo chłodną wodą lub natryski deszczowe, chłodnawe, stosowane pod małym ciśnieniem, albo zawijania w prześcieradło wilgotne bez nacierania i oklepywania. Chłodniki na okolicę serca i gruczoł tarczykowy z przepływającą niezbyt zimną wodą dają czasem korzyści. Stosowanie zbyt zimnej wody lub worków z lodem powoduje po zdjęciu chłodnika odczynowe przekrwienie tarczycy lub wyraźne przyśpieszenie poprzednio zwolnionego tętna i jest wobec tego niepożądane.

Leczenie farmakologiczne możemy podzielić na środki dążące do leczenia zaburzenia tarczycy, środki z zakresu opoterapii pośredniej i leki pomocnicze objawowe. Do pierwszej grupy zalicza się przetwory z surowicy krwi zwierząt pozbawionych tarczycy. Jest to „antityreoidyna" z krwi baranów, wyrobu niemieckiego i szwajcarskiego, podobny preparat z krwi końskiej używany we Francji i z krwi bydlęcej używany w Anglii. Przetwory te, stosowane w postaci płynnej, w pastylkach (3—6 pastylek dziennie przed posiłkami) lub w zastrzykach podskórnych są dzisiaj już mniej używane, gdyż wyniki lecznicze są dosyć niepewne. Małe ilości i krótkie stosowanie na pewno nie daje wyraźnych wyników, a przy długim stosowaniu i wielkich ilościach spostrzegamy nieraz poprawę, którą trudno z całą pewnością przypisać działaniu leków, znając kapryśny przebieg i samoistne nieraz okresowe poprawy tych stanów chorobowych. W Polsce dopuszczoną do obrotu jest niemiecka antytyreoidyna „Moebius" we wszystkich trzech postaciach.

Lekiem, którego stosowanie wywoływało dawniej najsprzeczniejsze opinie, a zwłaszcza zwalczane było przez szkołę szwajcarską Kochera, jest jod. Spostrzeżenia Plummera z Kliniki Mayo, ogłoszone w r. 1923, przechyliły stanowczo szalę na korzyść tego leczenia. Oczywiście ze znacznymi zastrzeżeniami. Jod stosowany bywa w postaci roczczynu Lugola (przepis klasyczny brzmi: *Jodi pur.* 5.0, *Kalii jodat.* 10.0, *aq. dest.* 100.0) trzy razy dziennie po 5 kropel przed jedzeniem, z wodą lub mlekiem. Dawka może być zwiększana do 7 kropel, ale nie trzeba zapominać, że niektóre przypadki wykazują odporność na jod z pogorszeniem stanu. Poprawa objawów chorobowych występuje zwykle w ciągu tygodnia i osiąga swój szczyt około piętnastego dnia leczenia. Waga chorych rośnie, przemiana podstawowa się obniża, samopoczucie się poprawia, przyśpieszenie tętna maleje. W przypadkach ciężkich lub średnich z nawrotami, ta właśnie chwila stanowi najlepsze przygotowanie do zabiegów radykalnych, zwłaszcza jeżeli obniżana już przemiana podstawowa niewiele przekracza 20% zwyżki. Około 4% chorych okazuje odporność na jod od początku. Odporność nabyta pojawia się dość często po 4 tygodniach takiego leczenia, a wtedy podwyższanie dawek nie przynosi już wyniku, a często nawet daje szkody. Po 2—3 miesiącach następuje jakby wyczerpanie się skuteczności jodu w ogóle i wtedy trzeba zarządzić przerwę przynajmniej na 1 miesiąc, po czym można zaczynać na nowo. M. Labbé leczy w ten sposób lekkie i poronne przypadki całymi latami, uzyskując wielkie poprawy, ale nie widząc nigdy wyleczenia zupełnego po zaprzestaniu podawania jodu.

Dijodotyrozyna, białkowy związek jodu z tarczycy, stosuje się w pastylkach po 0.10, jedną, dwie lub trzy dziennie przez 20 dni z rzędu co miesiąca lub po pierwszych 20 dniach, następnie tylko co drugi dzień w ilości 1 pastylki. Lek ten znoszony bywa lepiej przez żołądek i jest stosowany zarówno jako przygotowanie do zabiegów radykalnych, jak też i do podleczania lekkich i poronnych przypadków.

Za przypadki lekkie uważa się takie, których spalanie podstawowe wykazuje zwyżkę niewiele ponad 15% i które się wyraźnie poprawiają w ciągu 2—3 miesięcy. Do tej grupy zaliczamy też oczywiście przypadki o skąpych objawach i postacie lekkiej nadtarczyczności z przewagą objawów ze strony nerwu współczulnego.

Opoterapia pośrednia, uzasadniona współistnieniem zaburzeń ze strony innych gruczołów wkrewnych, nie może się poszczycić wybitnie dodatnimi wynikami. Stosuje się folikulinę i różne przetwory jajnikowe przy zaburzeniach miesiączki; przetwory przysadkowe i grasicowe już zarzucono. Tak uzasadnienie teoretyczne, jak i wyniki usiłowań leczniczych były tu zupełnie negatywne. Przy wychudzeniu i przecukrzeniu krwi oraz cukromoczu stosuje się ostrożnie insulinę w małych dawkach. Wypuszczono niedawno na rynek przetwory niemieckie „thyronorman" i „solwitren", związki lipoidowe z krwi lub trzustki zwierząt zdrowych, które, wedle Anselmino i Hoffmana, mają zmniejszać działanie tyroksyny. Artwiński widział 2 przypadki (nieogłoszone) doskonałego działania thyronormanu.

Leczenie objawowe obejmuje środki nasercowe, które dają poprawę tylko w stanach niedomogi bezwzględnej, natomiast na przyśpieszenie tętna w okresach wcześniejszych nie mają wpływu. Sole bromu (po 2—3 g dziennie przez 1 tydzień), przetwory kozłkowe (waleriana), nalewki ziołowe (passiflora, krataegus) są skuteczne tylko w przypadkach całkiem lekkich. Luminal i gardenal stosuje się w dawkach minimalnych (0.01) 5 razy dziennie. Z leków działających na układ wegetatywny stosuje się sole chininy w dawkach 0.25—0.30 trzy razy dziennie. Chorzy znoszą je zwykle bardzo dobrze tak, że Bram uważa ten objaw za dowód nadtarczyczności. Atropina i belladona, stosowana zwykle z gardenalem lub ergotaminą, działają na nerw błędny. Winian ergotaminy lub gynergen są znów hamulcami nerwu współczulnego, stosowane w pastylkach po 1 mg 3 razy dziennie przez 5 dni z następową przerwą 2-dniową. Zastrzyki tych środków bywają niebezpieczne. Labbé widział po nich ciężkie skurczeń naczyń, dusznicę bolesną, lub nudności i bóle mięśniowe. Salicylan ezeryny koi przedrażnienie nerwu współczulnego (w ilości pół miligrama 3—4 razy dziennie), genezeryne stosuje się w ilości 20 kropel 3 razy dziennie lub 3 razy po 2 ziarenka na dzień. Środki te hamują biegunkę i przyśpieszenie tętna. Yohimbina, stosowana przeciw wytrzeszczowi oczu, działa niepewnie, powoduje nudności, bezsenność i zadrażnienie sfery płciowej. Przy braku łaknienia i biegunkach stosuje się kwas solny z pepsyną, bez pełnych zresztą wyników. Na koniec należy wspomnieć o stosowaniu leczenia przeciwkiłowego tam, gdzie zakażenie kiłowe może być współczynnikiem zaburzeń w tarczycy. Z tych samych powodów stosuje się salicylany w przypadkach, które się pojawiły po ostrych sprawach gośćcowych. W leczeniu ogólno-skrzepiającym utrzymały się jedynie przetwory fosforowe, które wedle szkoły szwajcarskiej mają być szczególnie pożyteczne w przypadkach tzw. „jodbasedowa".

B

Witold GRABOWSKI Lwów

Leczenie środkami fizykalnymi (zwłaszcza promieniami Roentgena)

Leczenie środkami fizykalnymi schorzeń gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu posiada wartość ustaloną i oparte jest na doświadczeniu klinicznym. Z zasadniczych sposobów fizykoterapii zespołu nadczynności tarczycy i stanów pokrewnych należy wymienić: a) elektroterapię i b) radioterapię (promienie Roentgena, rad).

Elektroterapia choroby Basedowa, czy zespołu nadczynności tarczycy ma na celu, podobnie jak inne zabiegi fizykoterapeutyczne, zmienienie czynności wydzielniczej gruczołów przez zadziałanie bezpośrednie na elementy gruczołowe i pośredni wpływ drogą nerwów naczynioruchowych (wazokonstriktory). Możemy to osiągnąć przez galwanizację samego gruczołu i nerwu współczulnego szyjnego (natężeniem nie większym od 5 m A). Elektroterapia, dostępna lekarzowi praktykowi, w postaci galwanizacji daje korzystne wyniki w lżejszych postaciach nadczynności tarczycy, których przemiana podstawowa jest niższa od + 15%, a dalej w grupie stanów, określanych przez Labbégo jako *„faux basédoviens"*. Również kombinowanie elektroterapii z rentgenoterapią pozwala w sposób szybszy uzyskać poprawę stanu klinicznego.

Rentgenoterapia. Prawidłowy gruczoł tarczykowy nie jest wrażliwy na promienie Roentgena, jednakowoż, jak wykazują spostrzeżenia kliniczne, na gruczoł patologicznie przerosły lub wykazujący stan nadczynności działają promienie Roentgena regulująco, zmniejszając objawy kliniczne, wywołane zmienioną czynnością gruczołu. Na tym czynnościowym działaniu opiera się miejscowe naświetlanie promieniami Roentgena gruczołu tarczykowego. Niewątpliwie jednak bogate zaopatrzenie tarczycy przez układ nerwowy współczulny, który wykazuje, w odróżnieniu od tkanki nerwowej, większą wrażliwość na promienie Roentgena (Sunder, Plassmann), jest również punktem zaczepienia ich działania. Ścisła łączność układu współczulnego

i zaburzeń dokrewnych jest niewątpliwa, a dowodzą tego ostatnio ogłoszone doświadczenia Jugenburg i Schlepakowa, którzy u psów z obrazem Basedowa, wywołanym tyreoikryną, uzyskali przez naświetlanie promieniami Roentgena nerwu współczulnego szyjnego cofanie się objawów, zmniejszanie tarczycy i przysadki i powrót ich do stanu prawie prawidłowego. Doświadczenia te wskazują, że działanie promieni na tarczycę może iść drogą pośrednią przez układ współczulny. Można więc przypisać, choćby częściowo, działanie promieni Roentgena przy naświetlaniu szyi zmniejszeniu napięcia w naświetlanym obszarze włókien układu sympatycznego, co zgadza się z badaniami Heinz-Langera, Zimmerna i Audiata, którzy wykazali, że promienie Roentgena zmniejszają przewodnictwo nerwowe.

Przystępując do leczenia promieniami Roentgena stanów nadczynności tarczycy, należy sobie zdać sprawę, że nie chodzi tu o jednolitą sprawę chorobową, lecz o zaburzenia w różnych systemach narządów, których ostateczną przyczyną nie jest zawsze pierwotnie tarczyca (Hess). Z praktycznego punktu widzenia rentgeno-terapeuty wyróżnić należy 3 zasadnicze postacie hipertyreoz, a to: a) śródmózgowego pochodzenia, b) przysadkowego pochodzenia i c) właściwą postać tarczycową. Odróżnienie tych postaci na podstawie całości obrazu klinicznego i badań dodatkowych nie jest zawsze możliwe, dlatego też nierzadko dopiero brak wyniku leczniczego po naświetlaniach tarczycy wskaże na inne źródło zaburzeń i skłoni do zastosowania naświetlań przysadki, nadnerczy lub jajników.

Praktycznie sprawa leczenia naświetlaniami stanów nadczynności gruczołu tarczykowego przedstawia się odmiennie, zależnie od przypadku i ścisła indywidualizacja jest rzeczą nieodzowną. Zasadniczo odmienne będzie postępowanie w przypadkach lekkich, o niskich wartościach przemiany podstawowej, a inaczej będzie należało traktować przypadki o wyraźnych objawach klinicznych i przemianie podstawowej wyższej, niż + 20%.

Naświetlamy dawkami małymi, rozdzielonymi odpowiednio w czasie zależnie od przypadku, kontrolując przemianę podstawową i zwracając uwagę na cały obraz kliniczny. Ogólną zasadą powinno być stosowanie dawek tym mniejszych, im przypadek klinicznie jest cięższy. Korzystne jest kombinowanie elektroterapii z rentgenoterapią, zwłaszcza w okresie przerw pomiędzy poszczególnymi seriami naświetlań. W razie braku wyników po miejscowym naświetlaniu tarczycy, należy przejść do naświetlania okolicy nadnerczy, czy przysadki. To ostatnie najczęściej jest skuteczne w przypadkach nadczynności tarczycy, występujących w wieku przekwitania.

Jeśli tak prowadzone leczenie nie daje wyniku w ciągu 6 miesięcy, nie należy przewlekać leczenia i chorego skierować do zabiegu operacyjnego.

Przypadki lekkie, w których przemiana podstawowa nie przekracza + 20%, powinny być przede wszystkim przedmiotem leczenia elektroterapeutycznego lub powinno się przeprowadzić u nich naświetlania układu współczulnego, a zwłaszcza okolicy nadnerczy i splotów nerwowych lędźwiowych oraz nerwu współczulnego szyi.

Wyniki radioterapii są zazwyczaj dobre; można uzyskać przy racjonalnym prowadzeniu leczenia pokaźny odsetek wyleczeń, który, wedle danych z piśmiennictwa, dochodzi 60 a nawet 70%. Znaczny odsetek przypadków wykazuje wyraźną poprawę kliniczną. Są jednak przypadki zupełnie oporne na leczenie promieniami Roentgena. Z objawów najmniej korzystnie oddziaływujących na leczenie promieniami Roentgena wymienić należy wytrzeszcz i wielkość wola. Zasadnicze znaczenie dla prowadzenia leczenia ma zachowanie się podstawowej przemiany materii, wagi ciała i tętna.

Podkreślić należy korzystne działanie naświetlań na zaburzenia układu sercowo-naczyniowego. Nawroty po naświetlaniach promieniami Roentgena są zwykle rzadkie.

Na materiale Lwowskiej Kliniki Chorób Wewnętrznych (do r. 1931), obejmującym 72 przypadki choroby Basedowa i stanów pokrewnych, uzyskano całkowite wyleczenie w 18% przypadków, poprawę wyraźną w 57%, brak jakiejkolwiek poprawy po naświetlaniach lub krótkotrwałą poprawę w 20,8%, pogorszenie w 4,2%. Łącznie przypadki wyleczeń i poprawy wyraźnej wynoszą 75%. Jeśli chodzi o wskazania do leczenia stanów nadczynności tarczycy, to większość autorów stoi dziś na stanowisku, iż wszystkie postacie nadają się do naświetlania z wyjątkiem wolów, dających objawy uciskowe. Na podstawie doświadczenia Lwowskiej Kliniki naświetlamy wszystkie przypadki hipertyreoz z wyjątkiem przypadków lekkiego stopnia u osobników między 16 a 20 rokiem życia, przypadków z objawami ucisku na tchawicę, wreszcie nie radzimy naświetlania w ostrych stanach tyreotoksykozy z ciężkimi zmianami psychicznymi. Przypadki przebiegające z postępującym uszkodzeniem mięśnia sercowego nadają się do naświetlania promieniami Roentgena, choćby z powodu znacznej śmiertelności operacyjnej.

Z różnych stron wysuwano zarzuty przeciwko rentgenoterapii choroby Basedowa i stanów pokrewnych. Niesłusznie podnoszono obawy uszkodzenia skóry, które przy dzisiejszej technice i używaniu promieni twardych nie powinny się zdarzać. Również podnoszono sprawę tworzenia się zrostów w następstwie naświetlania, które utrudniają następowy zabieg operacyjny, co zostało już przez chirurgów odwołane, lecz pokutuje ciągle w podręcznikach. Możliwość wystąpienia obrzęku śluzakowego należy przypisać przedawkowaniu, którego można uniknąć przy dokładnej obserwacji chorego oraz przy kontroli przemiany podstawowej. We własnym materiale klinicznym nie obserwowaliśmy żadnego przypadku obrzęku śluzakowatego po naświetlaniach. Pogorszenie stanu klinicznego po naświetlaniach może się tu i ówdzie zdarzyć, a powodem jest nagłe wyrzucenie tyroksyny do krwiobiegu, które prowadzi do ostrego zatrucia i może się odbić niekorzystnie na narządach już poprzednio uszkodzonych. Ostrożne dawkowanie, zwłaszcza w przypadkach cięższych, zawsze uchronić może od wystąpienia gwałtownych pogorszeń.

Bardzo ważną rzeczą jest wczesne rozpoczęcie leczenia, wówczas bowiem osiąga się najlepsze wyniki i w stosunkowo krótkim czasie. Ciężkość schorzenia nigdy nie pozwala stawiać gorszego rokowania co do wyniku leczniczego, gdyż w równym stopniu osiąga się wynik leczniczy w przypadkach ciężkich, jak i w postaciach poronnych.

Leczenie radem z małych odległości daje te same wyniki, jak leczenie promieniami Roentgena, jakkolwiek niektórzy podnoszą możliwość osiągnięcia lepszych wyników.

Radioterapia stanowi wzbogacenie arsenału leczniczego, nie można jednak stać na punkcie wyłączności tej metody leczniczej.

C

Tadeusz OSTROWSKI Lwów

Leczenie chirurgiczne

Przemijające lub niedostateczne wyniki leczenia nadtarczyczności metodami wchodzącymi w zakres medycyny wewnętrznej wraz ze stosowaniem energii promiennej, stanowią podstawę do chirurgicznego leczenia tego schorzenia. Zapoczątkowane w r. 1880 przez Tillaux we Francji, pod postacią wycinania powiększonego gruczołu tarczykowego, szybko znalazło swych zwolenników u innych narodów, jednak brak współpracy chirurgów i internistów nad ustaleniem wskazań leczniczych stał na przeszkodzie dla osiągnięcia korzystniejszych wyników; skutki były nie pocieszające — śmiertelność pooperacyjna bardzo znaczna, wyniki odległe często zawodne wobec zjawiających się nawrotów. Inny typ operacji celem leczenia choroby Basedowa podał Jaboulay w r. 1896, mianowicie przecięcie n. współczulnego, lub też wycięcie nerwu wraz z jego zwojami (Jonesco, Barącz); metody te mają dziś tylko historyczne znaczenie, podobnie jak polecone w Niemczech zabiegi na grasicy, lub w Ameryce usuwanie nadnercza (Crile). Uzyskiwane w związku z tymi zabiegami niejednokrotnie korzystne wyniki lecznicze można tłumaczyć istnieniem wzajemnego oddziaływania tych narządów i tarczycy; nie trafiają one jednak do źródła schorzenia; jeżelibyśmy nawet przyjęli, że pierwotne schorzenie ma swoje źródło poza tarczycą, to wobec panującej roli, jaką w obrazie choroby Basedowa odgrywa nadczynność tarczycy — celowe dążenie do ograniczenia na drodze operacyjnej jej czynności znajduje należyte uzasadnienie.

Na pytanie, jakie są wskazania dla chirurgicznego leczenia nadtarczyczności, możemy odpowiedzieć, że leczenie to zalecamy wówczas, kiedy leczenie wewnętrzne nie daje pożądanego wyniku; nie należy jednak zbyt długo oczekiwać na to, gdyż tymczasem mogą rozwinąć się w organiźmie chorym zmiany „nieodwracalne", wobec których operacja może stać się niewykonalną; ta sama uwaga dotyczy stosowanej często z dobrym wynikiem energii promiennej; jeżeli wyniki naświetlania są nie zadawalniające lub też krótkotrwałe, przemijające, nie należy tej metody leczniczej ponawiać, gdyż nie tylko nie daje ona w takich wypadkach poprawy, lecz, przeciwnie, może wystąpić nawet pogorszenie; pogorszenie to może zaznaczyć się w nasileniu objawów ogólnych, a także i miejscowych; zjawiają się nieraz bardzo wybitne zmiany odżywcze na skórze naświetla-

nej, zmiany barwikowe, zaniki i nawet owrzodzenia na skórze, wikłające przebieg pooperacyjny; zmiany po wielokrotnych naświetlaniach dotyczą również warstw głębszych na szyi, co warunkuje nieraz silne zrosty gruczołu z otoczeniem i stąd wynikające trudności techniczne, dla organizmu chorego z nadtarczycznością nieobojętne. Wielokrotne naświetlanie przy chorobie Basedowa może mieć jeszcze i to przykre następstwo, że gruczoł tarczykowy naświetlany nie przedstawia jednolitej wartości czynnościowej; wobec tego „dawkowanie" zabiegu operacyjnego wycięcia gruczołu może napotkać na trudności i pozostawiona przez chirurga część gruczołu, wobec występujących w niej zmian, zależnych od naświetlania, może okazać się nie wystarczającą (hipotyreoza) (J a c k s o n, L i e d).

Uwzględniając powyższe uwagi, można co do wskazań operacyjnych podać następujące wytyczne. Do operacji nadają się:
1) przypadki nadtarczyczności, które nie ustępują po 2—3 miesiącach leczenia wewnętrznego wraz z zastosowaniem promieni Roentgena i radu,
2) przypadki nadtarczyczności, przy których powiększenie tarczycy warunkuje objawy mechanicznego ucisku na tchawicę,
3) przypadki nadtarczyczności o typie tzw. gruczolaka toksycznego szybko wywołującego nieodwracalne zmiany zwyrodnienia,
4) przypadki nadtarczyczności u chorych, u których leczenie długie zachowawcze jest przeciwwskazane ze względów społecznych.

Przeciwwskazania do leczenia operacyjnego możemy podzielić na przeciwwskazania względne i bezwzględne. Do pierwszej grupy zaliczamy te ciężkie objawy kliniczne, które *chwilowo* bezwarunkowo nie pozwalają na wykonanie zabiegu, przy zastosowaniu jednak leczenia „przygotowawczego" wykazują spadek ich nasilenia, umożliwiający wykonanie operacji. Tu na pierwszym miejscu należy wskazać na wysoki poziom przemiany podstawowej materii; nie można tu, co prawda, ze ścisłością matematyczną, jak to niektórzy podają, dzielić przypadki nadtarczyczności na grupy, a więc do 15% leczenie nieoperacyjne, 15—40% tyreoidektomia subtotalna, 50—100% operacje częściowe, na kilka zawodów. Badanie jednak podstawowej przemiany materii, wykonywane u tego samego chorego kilkakrotnie, przed okresem „przygotowawczym" i później, wraz z uwzględnieniem całokształtu obrazu chorobowego, daje nam znakomite uproszczenie dla stawiania rokowań i ustalenia terminu i zakresu operacji. Należy tu jednak dodać, że jakkolwiek powszechnie wysoki poziom p. s. (ponad 100%) uważany jest za ciężki objaw nadtarczyczności, to znane są przypadki, gdzie przy niskim poziomie przebieg pooperacyjny był bardzo ciężki i wynik ostateczny operacji był ujemny (brak poprawy) (S i s t r u n k, T r o e l l).

Uwzględniając powyższe uwagi, można ująć sprawę wysokiego poziomu przemiany spoczynkowej przy nadtarczyczności w ten sposób, że nie tyle same dane matematyczne, a więc sam wynik cyfrowy badania, stanowi przeciwwskazanie do operacji, ile całokształt obrazu klinicznego, przy czym obniżenie poziomu p. s. w okresie „przygotowawczym" uważać należy za objaw korzystny, utrzymywanie się zaś poziomu na tej samej wysokości lub jego podwyższenie zwykle jest objawem budzącym obawy co do rokowania. Ciężkie objawy ze strony serca, jak przypadłości podmiotowe, przyśpieszenie i nierówność tętna, wykazywane migotanie przedsionków stanowią następną grupę objawów, które uważamy za względne przeciwwskazanie do operacji. Słusznie zauważa G l a t z e l, że jeżeli objawy te dają się opanować leczeniem „zachowawczym", tym lepiej dla chorego — jeżeli zaś nie, to operacja jest uzasadniona w takich złych warunkach jako jedyna pomoc dla chorego, która daje stosunkowo dobre wyniki.

D u n h i l l stwierdził w 81 przypadkach na 100 ze stałym migotaniem przedsionków trwałe przywrócenie prawidłowego rytmu serca po operacji; powyższe zaburzenia czynności serca, jako zależne przyczynowo od nadtarczyczności stanowią, ściśle rzecz biorąc, wskazanie do operacji, wymagają tylko pewnego przygotowania do zabiegu.

Inaczej się przedstawia sprawa wskazań do operacji nadtarczyczności przy wadach serca, w okresie niewyrównania, przy daleko posuniętych zmianach mięśnia sercowego — wówczas, jeżeli „przygotowanie" chorego nie daje poprawy — przeciwwskazanie do operacji staje się bezwzględne, zgodnie z ogólnymi zasadami chirurgii.

Takie objawy, jak: ogólna pobudliwość nerwowa, gwałtowne wychudzenie, graniczące z charłactwem, biegunki, wymioty, hipertermia, jako zależne od zaburzenia równowagi wydzielniczej tarczycy nie stanowią bezwzględnego przeciwwskazania do operacji, ciężkie ich nasilenie wymaga w okresie przedoperacyjnym objawowego leczenia, należy jednak zawsze mieć na uwadze podstawowe leczenie nadtarczyczności i słusznie twierdzi B é r a r d, że gruczoł tarczykowy zasługuje w tych przypadkach na większą uwagę, aniżeli serce i inne narządy; stosując w okresie przygotowawczym środki nasercowe, moczopędne, uspokajające, dietetyczne itp., na pierwszym miejscu i przede wszystkim należy postawić potrzebę opanowania czynności tarczycy.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że obecnie środkiem najbardziej odpowiadającym temu założeniu jest jod. Jeszcze w r. 1840 B a s e d o w zalecał go i dłuższy czas stosowano jod z dobrymi wynikami, jakkolwiek nieraz całkiem nieoczekiwanie spotykano powikłania i za R i l l i e t w r. 1880 zaliczono je do tzw. jodzicy konstytucjonalnej. Zdecydowanym przeciwnikiem stosowania jodu przy nadtarczyczności był K o c h e r, który w szeregu publikacyj (1904—1910) stwierdził szkodliwość jodu przy wolu i opisał jednostkę kliniczną zw. „Jod-Basedow", która miała występować u osobników z wolem leczonym jodem.

Od roku 1911 zaczął się trzeci okres stosowania jodu, kiedy prace doświadczalne M a r i n e'a i L e n h a r t a, C h w o s t e k a, Z o n d e k a posłużyły jako podstawa do prac klinicznych z Kliniki M a y o; P l u m m e r w r. 1923, a następnie B o o t h b y ogłosili 1.200 przypadków leczonych i przygotowywanych do operacji jodem. Od tego czasu stosowanie jodu znalazło powszechne prawo obywatelstwa. Spośród innych środków farmaceutycznych w okresie przygotowawczym stosujemy brom, chininę, fosfor, wapń, glukozę. Warunki higieniczne, a więc: leżenie w łóżku, dieta z przewagą węglowodanów, środki nasercowe wraz z hydroterapią uzupełniają leczenie przygotowawcze. Kontrolne badanie przemiany gazowej i elektrokardiogram, wykonywane co 5—7 dni, ilustrują nam przebieg okresu przygotowawczego; trwa on zwykle około dwóch tygodni. Obniżenie poziomu przemiany spoczynkowej, przy korzystnym zarysowaniu się całokształtu obrazu chorobowego znamionuje okres, kiedy należy przystąpić do operacji, zbytne przewlekanie „przygotowywanie" chorego jest przeciwwskazane — może bowiem szybko zacząć wznosić się poziom przemiany i korzystny wynik przygotowania mógłby przepaść. Znane są przypadki pogorszenia nadtarczyczności po chwilowej poprawie uzyskanej po jodzie, a nie wyzyskanej dla celów operacyjnych (S t a r r, M e a n s); stąd wniosek, że nie należy stosować jodu przez okres przewlekły, jako środek leczniczy, lecz jedynie jako środek przygotowawczy przed zabiegiem operacyjnym. Podawanie jodu należy stosować jeszcze jakiś czas po operacji; nagła przerwa spowodować może po operacji ciężkie zaburzenie (B é r a r d, J a k s o n, P l u m m e r); zdaniem M a s o n a podawanie jodu w zmniejszonych dawkach jeszcze po operacji zapobiega nawrotom. W ostatnich latach zamiast płynu Lugola, zalecanego pierwotnie przez P l u m m e r a, stosujemy najczęściej dwujodtyrozynę; środek ten ma mieć korzystniejsze działanie ze względu na wątrobę, która, jak wiemy, często wykazuje zmiany przy nadtarczyczności.

Okres przygotowawczy należy zużytkować racjonalnie w celu uzyskania równowagi psychicznej u chorych; pod tym względem najważniejsze jest zaufanie chorego do osoby operatora, co zwłaszcza przy operacjach wykonywanych bez uśpień, w znieczuleniu miejscowym, znajduje swój szczególny wyraz. Wyższość znieczulenia miejscowego nad uśpieniem znajduje tu uzasadnienie ze względu na stan serca, wątroby, wreszcie płuc; wobec tego, w obecnych czasach większość chirurgów wykonuje operacje w nadtarczyczności w znieczuleniu miejscowym. Zwolennicy uśpienia przy operacji nadtarczyczności podkreślają obniżenie urazu psychicznego zabiegu operacyjnego przy tego rodzaju znieczuleniu; należy tu jednak zauważyć, że samo usypianie i wstępne objawy przy nim, pomimo systematycznego przygotowania do niego, mogą być bardzo znaczne i może zajść potrzeba przerwania rozpoczętego uśpienia, wobec zachowania się chorego. Znieczulenie miejscowe ma niezaprzeczenie tę zaletę, że operujący pozostaje przez cały czas w kontakcie psychicznym z chorym i tą drogą może wywierać na jego stan korzystny wpływ; sposób techniki operacyjnej jest łagodniejszy, oszczędzający bardziej tkanki i narządy w polu operacyjnym; znieczulenie miejscowe blokuje odcinek szyjny n. współczulnego i tym samym oszczędza ośrodki wegetatywne przed impulsami wychodzącymi z pola operacyjnego. Kontrola nad samopoczuciem operowanego i nad sprawnością jego aparatu nerwowego *(n. laryngeus)* jest ułatwiona przy znieczuleniu miejscowym. Dzięki kontroli samopoczucia operowanego, łatwo możemy zorientować się, czy zamierzony zabieg da się wykonać w całości na jednym posiedzeniu, czy też należy go

przerwać i odłożyć na dalsze późniejsze akty. Na pierwszym posiedzeniu możemy podwiązać i wyciąć część powiększonego gruczołu tarczykowego po jednej stronie; taki częściowy zabieg może nieraz dać znaczną poprawę, po czym, w lepszych warunkach ogólnych, robimy operację po stronie przeciwnej szyi.

Co do typu operacyi, wykonywanych przy nadtarczyczności, można zauważyć, że obecnie tzw. operacją najlepszą jest „subtotalne wycięcie gruczołu tarczykowego", to znaczy, obustronnie wycinamy około 4/5 masy gruczołu; połowicze wycinanie, zalecane swego czasu przez Mikulicza, okazało się w wielu wypadkach nie wystarczające; całkowite zaś wycinanie gruczołu, ostatnio (w r. 1921) zalecane przez Sudecka, wobec niebezpieczeństw z nim związanych, zostało wyjątkowo zarezerwowane dla przypadków ze zmianami o charakterze nowotworów złośliwych, a nie dla nadtarczyczności.

Wyniki leczenia operacyjnego nadtarczyczności uległy bardzo wybitnej poprawie od czasu wprowadzenia leczenia „przygotowawczego", opartego na współpracy chirurgów z internistami. Śmiertelność pooperacyjna w ciągu ostatnich lat 15 obniżyła się z 25% do 1%; większość chirurgów uzależniła to od stosowania jodu przy kontroli p. s. i elektrokardiogramu.

Powikłania pooperacyjne można podzielić na dwie grupy:

1) pozostające w związku przyczynowym z zabiegiem natury technicznej,

2) zależne od nasilenia objawów właściwych nadtarczyczności.

Wśród pierwszej grupy należy wspomnieć uszkodzenie *n. recurrens*, zdarzyć się ono może stosunkowo łatwiej, niż przy operacji zwykłego wola, a to w związku z tym, że przy nadtarczyczności mamy bardzo często do czynienia z gruczołem tarczykowym stosunkowo małym, o dużej zbitości tkankowej, trudno dającym się wynurzyć z głębi, z bardzo bogatą siatką naczyń krwionośnych dodatkowych i nieraz z dużymi zrostami z otoczeniem, po przebytym leczeniu energią promienną. Warunki te potęgują trudności techniczne operacji; w następstwie tego uszkodzenie (nie przecięcie) *n. recurrens*, najczęściej o charakterze przemijającym, zdarzyć się może, należy ono jednak w ogóle do rzadkości. W związku z warunkami technicznymi, wyżej wspomnianymi, niebezpieczeństwo krwawienia następowego po operacji wola, przy nadtarczyczności jest większe, wobec czego wskazane jest systematyczne i bardzo drobiazgowe zaopatrywanie naczyń krwionośnych, bez stosowania tzw. podwiązek „masowych".

Tężyczka po operacji nadtarczyczności należy do powikłań rzadko spotykanych; widywano ją po całkowitym wycinaniu tarczycy (Sudeck); stosowanie wapnia i leczenie hormonalne (Collip) dają korzystne wyniki. Zaduszenia w czasie zabiegu operacyjnego przy nadtarczyczności spotykamy bardzo rzadko, a to dzięki temu, że tchawica przy małych zwykle powiększeniach gruczołu tarczykowego przy nadtarczyczności nie ulega zmianom anatomicznym (spłaszczenie, utrata elastyczności chrząstek); zdarzały się natomiast (Bérard) spastyczne skurcze głośni, doprowadzające do zaduszenia i wymagające tracheotomii.

Wśród powikłań operacyjnych, stojących w związku przyczynowym z nadtarczycznością, należy na pierwszym miejscu wymienić *nagłą śmierć* chorych, nieraz jeszcze przed rozpoczęciem właściwego zabiegu, w czasie znieczulania lub też w ciągu najbliższych godzin po operacji. Podobieństwo obrazu do tzw. *mors thymica* naprowadzało niektórych autorów na przypuszczenie, że i w tych wypadkach grasica wchodzi w grę; spostrzeżenia nowsze tych wypadków, które na szczęście od czasu wprowadzenia jodu stały się coraz rzadsze, nie dały podstaw do przyjęcia tej przyczyny. Prawie zawsze po operacjach nadtarczyczności mamy do czynienia z tzw. *„nadtarczycznością pooperacyjną"*. Występuje ona w różnych nasileniach; w słabszych znamionują ją wysoka ciepłota, 38—40°, utrzymująca się 3—4 dni, przyśpieszenie tętna, silne poty, nasilenie wytrzeszczu gałek, ogólne podniecenie i niepokój chorego, nieraz halucynacje. Objawy te po 4—5 dniach łagodnieją i stan wyrównuje się. Nieraz jednak nasilenie tych objawów potęguje się i pomimo energicznego stosowania dostępnych środków nastąpić może śmierć.

Jak wspomniano wyżej, śmiertelne powikłania obecnie spotykamy coraz rzadziej, a to: 1) dzięki odpowiedniemu systematycznemu przygotowywaniu chorych do operacji, 2) dzięki wypracowanemu wspólnie z internistami postępowaniu pooperacyjnemu. A więc: po operacji podajemy jod w dalszym ciągu, w zmniejszonych indywidualnie dawkach przez czas 3—5 tygodni; w wypadkach podniesionej ciepłoty lód na serce, głowę, szyję, a nawet tzw. *„ice-packing"* Crile. Środki nasercowe (naparstnica, kamfora, glukoza), dowóz płynów (dożylnie i do odbytnicy), przetaczanie krwi, wapń dożylnie, zwłaszcza wobec objawów spastycznych i obrzęku głośni.

Występowanie tych ciężkich objawów spotęgowanej nadtarczyczności pooperacyjnej możemy tłumaczyć przedostawaniem się do krwi nadmiaru tyroksyny z tarczycy w czasie samego zabiegu przez ugniatanie gruczołu, a także wskutek wsysania się tej wydzieliny z rany operacyjnej wobec szerokich płaszczyzn przekroju gruczołu tarczykowego (Gmelin-Kowitz): wobec tego wskazane jest ostrożne postępowanie wobec gruczołu przy zabiegu, zapobiegawcze podwiązanie naczyń krwionośnych przed wycięciem, osłona w czasie operacji i dokładne sączkowanie pola operacyjnego po operacji.

Co do wyników odległych, to można stwierdzić, że nawroty należą do rzadkości, zwłaszcza po systematycznym podwiązywaniu 4 tętnic tarczykowych i obustronnym „subtotalnym" wycięciu gruczołu tarczykowego. W dalszym okresie pooperacyjnym chory winien pozostawać pod opieką i kontrolą internisty.

Nowe środki lecznicze

Dr med. Aleksander STEINHARDT Przemyśl

Patogeneza i leczenie agranulocytozy witaminą C

Z Oddziału Chorób Wewn. Szpitala Żydowskiego w Przemyślu
Dyrektor: Dr Aleksander Steinhardt

I. W 1922 r. opisał W. Schultz pewien stan chorobowy, tworząc zeń nową jednostkę pod nazwą: agranulocytoza. Występowanie we krwi niedorozwiniętych granulocytów uzasadniało powyższą nomenklaturę.

Zauważyć należy, że jeszcze dawno przed Schultzem opisał Türk to schorzenie jako zanik neutrochłonnego systemu.

W opisie Schultza tkwi pewna niejasność. Oto upatrywał on etiologię niedorozwoju granulocytów, będącego tylko objawem danej choroby, zupełnie gdzie indziej.

Ponieważ przy agranulocytozie występują zawsze (podobnie jak przy płonicy) pewne zmiany w gardle, przyjął Schultz, że gardło jest głównym i jedynym miejscem wnikania tej choroby, jako *angina faucium cum agranulocytosi*.

Teza ta nasuwała jednak poważne zastrzeżenia. Gdyby istotnie limfatyczny pierścień gardzielowy, a w szczególności migdałki odgrywały główną rolę w mechanizmie powstawania agranulocytozy, co więcej, gdyby one były jedynym „ogniskiem pierwotnym" tej choroby, wówczas usunięcie chirurgiczne schorzałych migdałków stanowiłoby nader skuteczną broń w zwalczaniu tego ciężkiego schorzenia.

Niestety, tak nie jest i powyższy sposób leczenia, stosowany nieraz z powodzeniem przy chorobach sercowych lub zapaleniach stawów, w omawianym przypadku jest oczywiście bezskuteczny.

Zastanawiające jest, że dalsze badania istoty agranulocytozy dotyczyły raczej leczenia, aniżeli jej przyczyn.

II. W typowych postaciach agranulocytozy mamy w rzeczywistości do czynienia z *sui generis uszkodzeniem szpiku kostnego*. Schorzenie to ogranicza się do utkania myeloklastycznego, zaś utkanie erytroklastyczne nie wykazuje znaczniejszych odchyleń od normy. W świetle ostatnich badań należy uważać agranulocytozę jako schorzenie szpiku kostnego na tle działania septyczno-toksycznego skrytopochodnego zakażenia.

III. Celem wyczerpującego i przejrzystego przedstawienia naszego przedmiotu należy pokrótce opisać obraz kliniczny i cyto-morfologiczny, znajdywany przy badaniu agranulocytozy oraz rozważyć dotychczas zalecane leczenia.

Otóż *obraz kliniczny* agranulocytozy polega na następujących objawach:

Ciężki stan septyczny chorego, wysoka gorączka, liczne owrzodzenia na dziąsłach, migdałkach, języku, wargach, a czasem także na narządach płciowych, tchawicy i jelitach.

Na skórze występują rumienie, martwica, obrzęki i nacieki.

Brak leukocytów ziarnistych sprawia, że na tych patologicznie zmienionych miejscach śluzówki lub skóry nie występują prawie nigdy procesy ropienia.

Obraz cyto-morfologiczny agranulocytozy cechuje znaczna leukopenia z zupełnym niemal zanikiem białych ciałek ziarnistych.

Dalej obserwujemy zanik myeloblastów, promyelocytów i innych ciałek obojętnochłonnych.

Co się tyczy stosowanych dotychczas sposobów leczenia, były one raczej objawowe z uwagi na to, że badania istoty agranulocytozy zwracały uwagę głównie, jak wyżej wspomniano, na leczenie, a nie na etiologię.

Oto przegląd najważniejszych dotychczasowych sposobów leczenia:

1) Przetaczanie krwi ostatnio zaleca się kilkakrotnie, albo autohemoterapię także kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu powtarzaną.

2) Naświetlanie kości długich promieniami Roentgena.

3) Wstrzykiwania nukleotydów pentozy.

4) Środki zdolne do wywoływania leukocytozy, jak wstrzykiwania jałowej ropy, terpentyny lub zawiesiny żywych gronkowców. Ostatnio zalecają Schittenhelm i Deglman przetaczanie krwi białaczkowej. Pomimo słusznego uzasadnienia teoretycznego tej metody, wyniki jej są mało zachęcające.

Może przyszłość pokaże, jaka jest wartość metody leczenia krwią chorych na białaczkę. Należy też zwrócić uwagę na techniczną przeszkodę, polegającą na tym, że w razie potrzeby trudno mieć w pogotowiu chorego na białaczkę. Wszystkie wyżej przytoczone sposoby leczenia mają jedną wspólną cechę: zwykle zawodzą. Nic też dziwnego, że rokowanie w agranulocytozie jest bardzo poważne.

Nasze doświadczenia z ostatnich kilkunastu lat w Szpitalu Żydowskim w Przemyślu potwierdziły powyższą smutną ocenę. Wszelkie zalecane metody leczenia i zabiegi zawodziły, a niektóre z nich, jak przetaczanie krwi, działały raczej szkodliwie.

Wszystko to razem wzięte potwierdza słuszność zapatrywania, że dotychczas zalecane sposoby leczenia miały charakter objawowy, z pominięciem ogniska pierwotnego choroby, tj. szpiku kostnego.

Jeśli nawet pewne środki działały pobudzająco na szpik kostny, było to działanie pośrednie, krótkotrwałe i dlatego, niestety, bezskuteczne.

IV. Na skutek dotychczasowych empirycznych i teoretycznych rozważań na temat tej jednostki chorobowej, pod nazwą „agranulocytoza", pojmowanej, jako następstwo ciężkiego schorzenia szpiku kostnego na tle jakiegoś zakażenia (np. grypy), musimy całą naszą uwagę skupić, celem wyszukania odpowiedniego środka, działającego bezpośrednio na szpik kostny.

Otóż środek taki istnieje. Jest nim kwas l-askorbinowy, czyli syntetyczna witamina C, odkryta w roku 1937 przez prof. Szent-Györgyi'ego.

W tym miejscu wypada przypomnieć właściwości chemiczne tego ciała:

Witamina C:

1) jest potężnym katalizatorem w procesach utleniająco-redukcyjnych;

2) pobudza czynność fermentów;

3) wpływa na *utrzymanie całokształtu czynności szpiku kostnego;*

4) jest jednym z czynników *utrzymania równowagi we krwi,* wreszcie

5) posiada własności przeciwjadowe i przeciwzakaźne.

W ten sposób, pojmując agranulocytozę, jako chorobę szpiku kostnego, a równocześnie mając na uwadze działanie chemiczne witaminy C na ustrój, postanowiliśmy zastosować praktycznie tę witaminę w wypadku agranulocytozy, leczonym w naszym szpitalu. Skorzystaliśmy w tym celu z preparatu „Redoxon Roche" (syntetyczna witamina C w postaci kwasu l-askorbinowego).

V. Poniżej podajemy w skrócie przebieg naszego przypadku chorobowego i postępów jego leczenia.

Wywiady: G. G., lat 25. W 8 roku życia dur brzuszny. W r. 1934 przebyła zimnicę. Miesiączki od 14 roku życia, regularne. Przed 2 tygodniami nagle podwyższenie ciepłoty ciała do 38°, wkrótce potem dreszcze. Dopiero w kilka dni później lekki ból gardła. Po tygodniu znaczna poprawa.

Wkrótce jednak nawrót z pewnym nasileniem.

Ciepłota 37,8—38,5°. Ogólne osłabienie.

Pojawiają się pryszczyki na migdałkach, wkrótce także na innych częściach jamy ustnej, jak dziąsłach i wargach. Silna apatia, ogólne osłabienie i bezsenność. Żółtaczkowe zabarwienie spojówek gałek ocznych. W tym stanie oddano chora do szpitala w dniu 2. I. 1939.

Stan obecny: jama ustna: wargi blade, język obłożony, mokry. Na dziąsłach, na wewnętrznej stronie warg, na migdałkach martwicze owrzodzenia.

Na lewym migdałku nalot wielkości fasoli, barwy żółtawo-brudnej, *foetor ex ore*. Ciepłota 38,4°. RR 120/55. Tętno 124/min.

Krew: ciałek czerwonych 3.140.000, ciałek białych 2.800. Hb Sahli 50. Schilling: leuk. neutr. segm. 0, leuk. neutr. pałecz. 0, leuk. neutr. jednojądrz. 0, c. eozynochł. 0, limfoc. 44%, monocyt. 56%.

Rozpoznanie: *Agranulocytosis seu neutropenia maligna.*

Dnia 2. I. Leczenie: Redoxon „Roche" 3 razy dziennie po jednej tabletce.

Redoxon „Roche" *liqu.* domięśn. 1 amp. a 2 cm³ (czyli 2.000 jednostek międzynarodowych).

Dnia 3. I. Leczenie identyczne. Chora czuje się podmiotowo znacznie lepiej.

Krew: ciałek czerwonych 2.000.000, ciałek białych 4.000. Hb Sahli 25. Schilling: leuk. neutr. segm. 3, leuk. neutr. pałecz. 2, leuk. neutr. jednojądrz. 1. c.-eozynochł. 1, limfoc. 61, monocyt. 32.

Dnia 4. I. Leczenie identyczne. Ponadto przetoczono krew w ilości 320 cm³.

Po godzinie silne dreszcze, po których ciepłota dochodzi do 41.4°.

Dnia 5. I. Chora ochłonęła po wczorajszym wstrząsie. Silny świąd skóry. Otrzymuje dawkę Redoxonu jak wyżej.

Dnia 7. I. Badanie krwi wykazuje następujące zmiany:

Krew: ciałek czerwonych 5,800.000, ciałek białych 5.800. Hb Sahli 50. Indeks 0.7. Schilling: leuk. neutr. segm. 30, leuk. neutr. pałecz. 4, eozynochł. 1, monoc. 9, limfoc. 56.

Chora czuje się zadziwiająco dobrze. Łaknienie poprawia się.

Owrzodzenia znikają prawie zupełnie. Ciepłota 37,3°. Tętno 96/min.

Skóra schodzi całymi płatami ze stóp i dłoni.

Dnia 12. I. Poprawa ogólna szybko następuje. Osłabienie znika.

Apetyt dobry. Humor dobry.

Krew: ciałek czerwonych 4,000.000, ciałek białych 6.000. Hb. Sahli 60. Schilling: leuk. neutr. segm. 68, leuk. neutr. pałecz. 5, eozynochł. 5, limfoc. 22, monoc. 6.

Dnia 20. I. Badanie krwi w tym dniu, tj. w 18. dniu leczenia Redoxonem „Roche" daje następujący obraz:

ciałek czerwonych 3,800.000, ciałek białych 6.400. Sahli 50% Hb. Schilling: leuk. neutr. segm. 64, leuk. neutr. pałecz. 0, eozynochł. 5, limfoc. 22, monoc. 6.

Tegoż dnia opuściła chora szpital jako wyleczona.

*

VI. Opisany wyżej wypadek przedstawiał niewątpliwie ciężki stan agranulocytozy, powstałej w związku z przebytą lub będącą w toku grypą.

Już pierwsze badanie krwi wykazało zanik ciałek ziarnistych o bardzo ostrym przebiegu. Rokowanie na podstawie obrazu klinicznego i cyto-morfologicznego było stanowczo złe tak, że należało oczekiwać szybkiego zejścia śmiertelnego. W tym stanie rzeczy jedynie właściwe zastosowanie Redoxonu „Roche", z jego zapewne swoistym działaniem na szpik, wywołało ten niezwykle pomyślny skutek.

Niepodobna przypisać tak radykalnej poprawy zastosowaniu przetaczania krwi w małej ilości lub zastrzykom nukleotydu. Przede wszystkim podkreśla się, że widoczna poprawa nastąpiła po pierwszym zastosowaniu Redoxonu i zanim wykonano przetoczenie krwi.

Ten zabieg pociągnął za sobą raczej ujemne skutki, w postaci bardzo ciężkiego wstrząsu u chorej.

Wartość lecznicza Redoxonu „Roche" znalazła również potwierdzenie w podobnym wypadku agranulocytozy, wyleczonym przez dra Riou. Podaje on w swej pracy w *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie,* Nr 1, Str. 76—82, 1938, że na 7 wypadków agranulocytozy — 6 osób zmarło, a tylko jeden wypadek, leczony kwasem askorbinowym został całkowicie wyleczony.

Wypadek ten zakomunikowany nam później przez Firmę „Roche" potwierdza znakomicie nasze mniemanie, że w preparacie Redoxon „Roche" uzyskaliśmy nową skuteczną broń przeciw bardzo ciężkiej chorobie.

Dzięki uprzejmości wymienionej firmy, mamy obecnie do dyspozycji dostateczną ilość tego cennego preparatu.

Pożądane jest, by szersze koła lekarskie zainteresowały się dalszymi doświadczeniami w tym kierunku.

Do omówienia naszych doświadczeń preparatem Redoxon „Roche" przy zapaleniu płuc jeszcze powrócimy.

Piśmiennictwo

A. Ravina: La Presse Médicale. Nr 98, str. 1760, 1937. — Edwin Bauman: Münch. Med. Woch. Nr 6, str. 204—206, 1938. — D. Hagiesco-Gh. Bazaran i in.: Presse Médicale. Nr 78, str. 1435—1438, 1938. — Riou Hanoi: Bulletin de la Société Française de Derm. et Syph. 1938. — W. Schilling: Str. 242. — T. Sakurai: Klin. Woch. Nr 16, str. 564, 1937. — D. P. Borowskaja: Kliniczeskaja Medicina. Nr 3, str. 356—365, 1937.

Dr Marian KUSIAK Kraków

Etiopiryna, nowy środek przeciwgorączkowy i przeciwbólowy

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Ubezp. Społ. im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie
Prymariusz: Doc. dr Feliks Siedlecki

Spośród wielu środków przeciwgorączkowych i przeciwbólowych podkreślić należy skuteczne działanie *Etiopiryny* (kwasu oksychinolinosulfochinizino - pięciooksykapronowego), oryginalnego związku chemicznego, otrzymywanego syntetycznie w fabryce Dr A. Wander, S. A. w Krakowie.

Przez okres 1½ roku stosowaliśmy na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie, gdzie materiał chorych jest różnorodny i bogaty, *Etiopirynę*, jako środek przeciwgorączkowy i przeciwbólowy, zachęceni do tego wynikami badań farmakologicznych tego preparatu na działanie przeciwgorączkowe i na toksyczność, przeprowadzonymi przez Zakład Farmakologii U. J., w roku 1937. Wyniki tychże badań, świadczące o wyższości *Etiopiryny* nad innymi preparatami przeciwgorączkowymi — uchodzącymi za najenergiczniejsze — oraz o jej mniejszej toksyczności, stały się impulsem do wypróbowania skuteczności tego nowego środka w schorzeniach gośćcowych, grypowych, gruźliczych i innych, przebiegających z wysoką gorączką. Chodziło bowiem o zdobycie nowego środka leczniczego, który by działał może nie przyczynowo, a jednak zwalczał skutecznie czy to wysoką gorączkę, czy ból, co nieraz decyduje o samopoczuciu chorego, a co ważniejsze, chroni organizm od zwyrodnienia narządów miąższowych w chorobach gorączkowych, a zwłaszcza serca.

Stosowano *Etiopirynę* w szeregu przypadków, w chorobach gośćcowych, gdzie działanie tego preparatu okazało się nie tylko objawowym, usuwającym ból, lecz i *przyczynowym*, co potwierdziły wyniki, jak: zmniejszenie szybkości opadania krwinek czerwonych, ustępowanie obrzęków, powracanie ruchów czynnych i biernych w stawach zapalnie zmienionych i dobre samopoczucie chorych. Na dowód tego mogą posłużyć niżej przytoczone wyciągi z historii chorób:

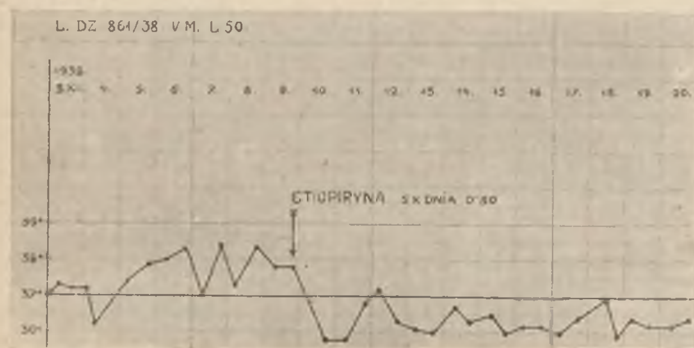
I. L. dz. 459/38. T. J., lat 23. Rozpoznanie: *Polyarthritis rheumatica subacuta in individuo cum myocarditide rheumatica compensata.*

Dwa miesiące przed przybyciem do szpitala wystąpiły u chorej bóle pięt, bóle nóg i obrzęki stawów skokowych. Od dwóch tygodni leży, gdyż nie może chodzić z powodu bólu w stawach biodrowych i kolanowych. Łatwo męczy się, miewa stany podgorączkowe. Opadanie czerwonych ciałek krwi po 1 godz. 60 mm, po 2 godz. 90 mm.

Chora otrzymuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu 0.50 g *Etiopiryny* 3 razy dziennie doustnie, na skutek czego samopoczucie chorej poprawia się, bóle w stawach szybko ustępują tak, że po 7 dniach może opuścić szpital.

II. L. dz. 861/38. V. M., l. 50. Rozpoznanie: *Polyarthritis rheumatica acuta. Stenosis ostii venosi sinistri cordis decompensata.*

Chory cierpi od szeregu lat na zapalenie stawów, odczuwa bicia serca, łatwo męczy się. W pierwszym tygodniu pobytu w szpitalu gorączkuje ponad 38°, pomimo preparatów salicy-



Wykres 1

lowych (3 razy dziennie 1,0 *ac. acetylo-salicylicum*) bóle stawów znaczne. Od chwili podania *Etiopiryny* 5 razy dziennie po 0.50 g doustnie, gorączka opada do normy, bóle w stawach zmniejszają się, po czym wkrótce ustępują, samopoczucie chorego poprawia się i w dobrym stanie opuszcza szpital (wykres 1).

III. L. dz. 849/38. D. S., lat 24. Rozpoznanie *Polyarthritis rheumatica subacuta.*

Chory po grypie odczuwa od dwóch tygodni bóle w stawach skokowych i w stawach kolanowych. Bólom towarzyszy obrzęk stawów oraz ograniczenie ruchów, przy czym ciepłota ciała dochodzi do 39° w porze wieczornej, wśród znacznych dreszczy. W chwili przybycia do szpitala stwierdza się obrzęk i bolesność wyżej wymienionych stawów. Choremu podano od razu 5 razy dziennie 0.50 g *Etiopiryny* doustnie. Już po kilku dniach widać znaczną poprawę, stany gorączkowe znikają, bóle w stawach ustępują, jak i obrzęki.

*

Działania *Etiopiryny* natomiast nie stwierdziliśmy w schorzeniach stawowych na tle rzeżączki, tylko wybitne działanie przeciwbólowe.

IV. L. dz. 887/37. K. J., lat 43. Rozpoznanie: *Polyarthritis gonorrhoica.*

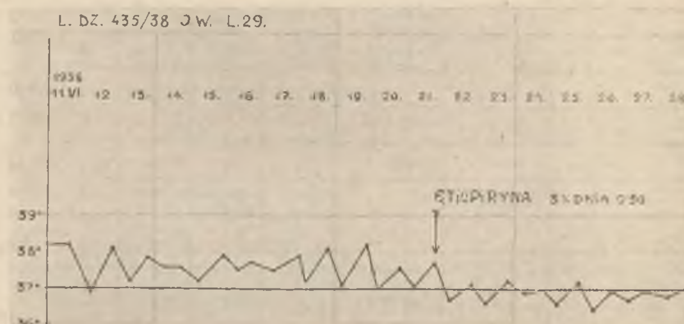
Chora odczuwała od kilku miesięcy bóle gardła, od kilkunastu dni bóle w lewym stawie barkowym, nadgarstkowym lewym, w prawym biodrowym, dreszcze, przy czym utrzymywały się stany podgorączkowe. Po przybyciu do szpitala stwierdzono obrzęk i zaczerwienienie stawu barkowego lewego, bolesność stawu nadgarstkowego lewego. Ciepłota ciała dochodziła w porze wieczornej do 38°. Bolesność znaczna samoistna, przy ruchach czynnych i biernych w zapalnie zmienionych stawach, powodowała bezsenność. Po podaniu *Etiopiryny* doustnie 3 razy dziennie 1,0 g, nie dało się zauważyć obniżenia ciepłoty ciała, jednak bóle znacznie się zmniejszyły tak, że chora dobrze sypia w nocy i może wykonywać pewne ruchy w stawie barkowym i nadgarstkowym lewym, czego nie można było uzyskać, stosując *inne leki przeciwbólowe.*

*

Na szczególną uwagę zasługuje korzystne działanie *Etiopiryny* w schorzeniach grypowych, przy odoskrzelowym zapaleniu płuc i w przebiegu gruźlicy. Środek ten nie tylko obniża ciepłotę, poprawia samopoczucie chorego, ale *przyśpiesza cofanie się procesów chorobowych,* jak np. wysięków opłucnowych, czego dowodem następujące dane:

V. L. dz. 435/38. S W., lat 29. Rozpoznanie: *Pleuritis exsudativa dextra in individuo cum tbc. fibronodosa partis superioris pulmonis dextri.*

Choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami przed przybyciem do szpitala, dreszczami, gorączką dochodzącą do 40°, kaszlem, bólami w prawej połowie klatki piersiowej. Od tego czasu chora gorączkuje i kaszle. Opadanie krwinek czerwonych na początku po 1 godz. 96 mm, a po 2 godz. 128 mm. Przy badaniu w chwili przyjęcia stwierdza się obecność płynu w jamie opłucnowej prawej, sięgającego do IV żebra, z równoczesnymi zmianami włóknistymi w szczycie płuca prawego. Chora otrzymuje przez 11 dni amidopirynę z wapniem doustnie i gorączkuje przy tym do 38°, poci się silnie, uskarża się na brak apetytu, a płyn bardzo powoli ustępuje. Z chwilą podania *Etiopiryny* 0.50 g 3 razy dziennie doustnie, samopoczucie chorej poprawia się, płyn szybko cofa się, a ciepłota ciała opada do 37° i niżej. Szybkość opadania krwinek czerwonych zmalała, po 1 godz. 72 mm, a po 2 godz. 116 mm.

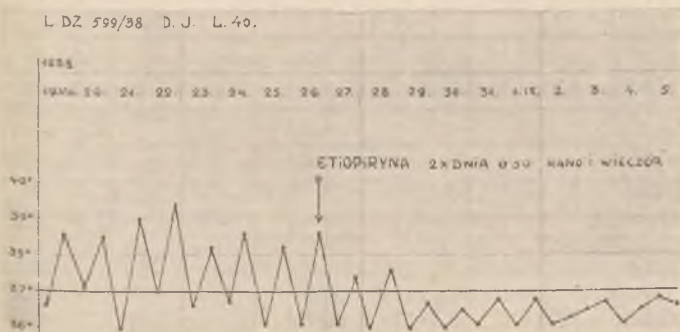


Wykres 2

VI. L. dz. 559/38. D. J., lat 40. Rozpoznanie: *Residua post pneumoniam abscedentem lobi inferioris pulmonis sinistri in individuo cum nephrolithiasi dextra.*

Przed przybyciem do szpitala występowały u chorej przez 5 tygodni bóle w jamie brzusznej wśród wysokiej gorączki. Potem wystąpiło ogólne osłabienie, a przed tygodniem znaczny

kaszel, połączony z odpluwaniem plwociny śluzowo-ropnej, silne poty, brak apetytu. Chora otrzymywała różne środki w zastrzykach i doustnie, mimo to gorączkowała przez okres 2 tygodni do 39°, odpluwając około 50 cm³ plwociny ropnej. Objawy osłuchowe płuc utrzymywały się bez zmian, dopiero po podaniu *Etiopiryny* 2 razy dziennie 0.50 g doustnie, gorączka zaczęła opadać i po dwóch dniach od chwili zastosowania tego leku opadła do normy, a stan przedmiotowy chorej poprawił się do tego stopnia, iż w niespełna trzy tygodnie została przeniesiona na Oddział Chirurgiczny celem usunięcia kamienia z miedniczki prawej nerki (wykres 3).



Wykres 3

VII. L. dz. 438/38. B. M., lat 31. Rozpoznanie: *Polyserositis tbc. in individuo cum bronchadenopathia.*

Chora dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala zaczęła gorączkować, wystąpiły bóle w jamie brzusznej, a obwód brzucha zaczął się powiększać. Przy badaniu stwierdza się wolny płyn w jamie brzusznej i płyn w obu jamach opłucnowych, przy równoczesnych zmianach swoistych gruczołów odoskrzelowych. Chora poci się silnie przez pierwszych 11 dni pobytu szpitalnego, gorączkuje, płyn utrzymuje się bez zmian. Otrzymuje amidopirynę. Z chwilą podania *Etiopiryny* ciepłota opada, płyn cofa się. Przeciwgorączkowe działanie Etiopiryny dało się zauważyć wówczas w danym przypadku, kiedy na 5 dni odstawiono *Etiopirynę* i kiedy ciepłota ciała podniosła się znowu powyżej 37° (wykres 4).



Wykres 4

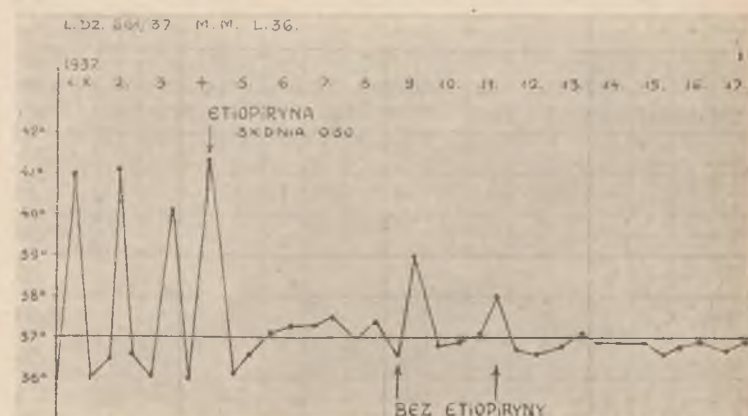
Nie można pominąć również skutecznego działania *Etiopiryny* w stanach septycznych i niektórych schorzeniach przebiegających z wysoką gorączką.

VIII. L. dz. 908/37. S. B., lat 33. Rozpoznanie: *Abortus septicus ss. septicopyaemia. Abscessus metastatici antibrachii sinistri et regionis glutaealis sinistrae*

Chora od kilku dni po poronieniu gorączkuje, uskarżając się na bóle w rękach i nogach. Ciepłota ciała dosięga blisko 40°. Po podaniu *Etiopiryny* doustnie 3 razy dziennie po 1,0 g, ciepłota ciała opada do 37°, wahając się następnie między 37 a 38°. Samopoczucie chorej dobre, bóle zmniejszyły się znacznie, mimo tworzących się ropni przerzutowych lewego przedramienia i pośladka.

IX. L. dz. 661/37. M. M., lat 36. Rozpoznanie: *Sepsis cryptogenes in individuo cum lu. seropositiva et carie dentium. Nephritis chronica anhypertonica. Tbc. fibrosa apicis pulmonis utriusque.*

Chory przebywał na Oddziale przez trzy miesiące. Choroba wystąpiła nagle wśród wysokiej gorączki, chory odczuwał bóle w stawie kolanowym lewym, a następnie w stawach ręki prawej. Innych dolegliwości nie odczuwał. (Przed 16 laty chorował na zapalenie stawów). Po przyjęciu na Oddział stwierdzało się wybitną bladość powłok ciała i błon śluzowych, bolesność stawu kolanowego lewego i stawów palców rąk, bez wyraźnych zmian zewnętrznych, ponadto zęby spróchniałe z ropniami okołokorzeniowymi, 5, 4, 2. Chory początkowo miewał stany podgorączkowe, dolegliwości stawów wkrótce znikły, a po 2 tygodniach pobytu w szpitalu ciepłota ciała dochodzi do 40°. Skoki ciepłoty poprzedzały dreszcze, a ponadto stwierdzało się powiększoną tkliwą śledzionę. Widal, posiewy krwi stale jałowe, leukocytoza stale niska. Usunięto zęby zepsute, jednak ciepłota nadal utrzymywała się. Stosowano sześciometylenoczteroaminę dożylnie, pochodne pyrazolonu, chininę, sulfamid i wiele innych środków przeciwgorączkowych — bezskutecznie. Z chwilą podania *Etiopiryny* w ilości 0.50 g, doustnie 3 razy dziennie, ciepłota ciała opadła do normy, podnosząc się jeszcze raz, kiedy na 1 dzień odstawiono *Etiopirynę*. Od tej chwili chory nie miał już dreszczy, nie gorączkował i czując się zupełnie dobrze opuścił szpital (wykres 5).



Wykres 5

X. L. dz. 805/38. O. J., lat 24. Rozpoznanie: *Endocarditis septica ad valv. semilun. aortae.*

Choroba rozpoczęła się bólami stawów kończyn dolnych, górnych i kręgosłupa. Od kilku miesięcy gorączkuje chory do 38°, a niekiedy do 40°. Przechodził grypę i od tego czasu łatwo męczy się. W czasie pobytu szpitalnego gorączkował dość wysoko, mimo stosowania takich środków, jak: amidopiryna, sulfamid, *acidum acetylo-salicylicum,* a dopiero pod wpływem podawania doustnego *Etiopiryny* w ilości 0.50 g 6 razy dziennie, ciepłota ciała zaczęła się obniżać.

XI. L. dz. 445/38. L. G., lat 18. Rozpoznanie: *Lymphogranulomatosis* (potwierdzone badaniem histologicznym).

Chora zgłasza się do III serii naświetlań Roentgena z powodu ziarnicy złośliwej, które to schorzenie wystąpiło u niej przed 2 laty. (Od 2 lat powiększone gruczoły chłonne szyjne, pachowe, śródpiersia, pachwinowe). Ostatnio nastąpiło gwałtowne pogorszenie, wystąpiła gorączka, dochodząca do 39°, ogólne osłabienie, złe samopoczucie i brak apetytu. Po podaniu *Etiopiryny* samopoczucie poprawia się, choć ciepłota nieznacznie się obniżyła, a dopiero po kilku dniach spadła poniżej 37°, utrzymując się na tym poziomie aż do chwili opuszczenia szpitala.

*

W przypadkach obserwowanych przez nas, a częściowo tutaj przytoczonych, stwierdziliśmy niewątpliwe działanie lecznicze *Etiopiryny*. Obniża ona szybciej i trwalej ciepłotę ciała chorych gorączkujących, niż inne poprzednio stosowane środki przeciwgorączkowe. Poprawia również szybko samopoczucie chorego.

Dawki podawane doustnie wynosiły od 1—3 g dziennie, *przy czym przy dłuższym stosowaniu nie wywoływały żadnych trujących objawów i ubocznych działań na organizm, jak np. wymioty, zapady, białkomocze,* itp.

Wprowadzenie tego preparatu do lecznictwa jest do pewnego stopnia nowością. *Etiopiryna okazała się niezawodnym środkiem przeciwgorączkowym i przeciwbólowym,* zwłaszcza w tych przypadkach, w których inne stosowane środki nie dają *pożądanych wyników. Działa przy tym przyczynowo w chorobach o charakterze goścowym.*

Bibliografia

Artykuły oryginalne w czasopismach
Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 9. 1939. Siedlecki I.: Rak wargi dolnej. — Schmalholz S.: Lokastyna, nowy związek chemiczny o działaniu znieczulającym miejscowo. — Merenlender J.: Co powinien lekarz praktyk wiedzieć o leczeniu ważniejszych schorzeń skórnych i wenerycznych (dok.). — Ratner J.: O wartości terapeutycznej leków wapniowo-bromowych.

Życie Lekarskie. Nr 5. 1939. Dydyński L.: W sprawie zażydzenia personelu lekarskiego klinik i oddziałów szpitalnych. — Górski K.: Stażyści. — Czerwiński St.: Medycyna w konflikcie z prawem karnym.

Chirurg Polski. Nr 2. 1939. Buchacz M.: Zwichnięcia otwarte stawu skokowego. — Czubalski S.: O nowotworach złośliwych narządów moczowo-płciowych.

Wiadomości Lekarza Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. Nr 2. 1939.

Wiadomości Lekarskie. Nr dodatkowy. Luty 1939.

Prasa Lekarska. Nr 4. 1939. Kriukow A. N.: Doraźna symptomatologia stanów gorączkowych. — Ber A.: Zarys endokrynologii w świetle współczesnych badań. Cz. IV.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 10. 1939.

Therapia Nova. Nr 2. 1939. Postolski A.: Leczenie świądu sromu. — Boczko A.: Leczenie hormonalne chorób serca i naczyń oraz zaburzeń krążeniowych na tle wewnątrzwydzielniczym.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 223. 1939.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 2. 1939.

Farmacja. Nr 1. 1939.

Oceny

Choroby i stan sanitarny Liberii. LUDWIK ANIGSTEIN. Warszawa, 1938.

Ilość polskich badaczy chorób podzwrotnikowych zwiększa się stopniowo, a prace ich w tej nowej dla nas dziedzinie lekarskiej stanowią coraz to bardziej wartościowe pozycje. Twórczość polskich tropikologów ma charakter wybitnie pionierski i umieszcza z powodzeniem polskie nazwiska tam, gdzie dotąd byliśmy zupełnie nieznani. Wspomnę tu drów Freyda, badacza patologii Amazonii peruańskiej, Szymońskiego, autora pierwszego podręcznika polskiego chorób podzwrotnikowych, dalej prof. Bujwida, Babeckiego, Jakóbkiewicza, prof. Szymańskiego i skromną liczbę pozostałych. Autor pracy, dr Anigstein, najwybitniejszy polski malariolog, badacz patologii Siamu i Malakki był chyba najwłaściwszym reprezentantem naszej epidemiologii i tropikologii na stanowisku doradcy lekarskiego przy rządzie Liberii. Jego praca stanowi, lepiej dla ogółu lekarskiego w Polsce zrozumiałe, przedstawienie trzech raportów, wydanych w języku angielskim w r. 1936 w Monrowii.

Praca dra Anigsteina omawia w części ogólnej geografię, historię, antropologię, życie społeczne, klimat i stosunki zdrowotne, tak mało jeszcze dotąd poznanej Liberii. Uderza w przedstawieniu tych szczegółów szeroki horyzont i wiedza ogólna autora, nie zacieśniona bynajmniej do swojej specjalności, która pozwala mu na krytyczne i zwięzłe oświetlenie środowiska, posiadającego w epidemiologii, nie tylko ziem podzwrotnikowych, doniosłe znaczenie. Klimat Liberii, rzecz ważna dla naszych zainteresowań kolonialnych, uważa autor za „zgubny dla człowieka białego, zwłaszcza w działaniu na system nerwowy"!

Jak z części szczegółowej wynika, autor postawił sobie za zadanie przeprowadzenie masowych badań tuziemców w celu ustalenia panujących chorób endemicznych, ich nasilenia i rozmieszczenia, zwłaszcza wewnątrz kraju, słowem „uzyskanie niejako przekroju Liberii pod kątem jej patologii i epidemiologii". Tym założeniem pracy różni się on od techniki badań poprzedników, szczególnie ekspedycji amerykańskiej Uniw. Harwarda w latach 1926/27, która „dała nam raczej kazuistykę poszczególnych chorób, a nie wyświetliła sprawy nasilenia chorób endemicznych kraju". Badanie 14.000 tuziemców w porze suchej 1935/36 ujawniło jako najważniejsze schorzenia zimnicę, gorączkę żółtą, framboezję, trąd, ospę, śpiączkę afrykańską, filariazę, choroby skórne, wrzód podzwrotnikowy, choroby weneryczne i wole endemiczne. Tu uzupełnić muszę wywody autora tym, że odbywały się one w najtrudniejszych warunkach, tj. bez pomocy personelu laboratoryjnego tak, że cały ciężar badań laboratoryjnych spoczywał na barkach jednego człowieka. Tym tłumaczy się zapewne zaniechanie badań mikroskopowych stolca, które dałyby pogląd na rozpowszechnienie czerwiów wśród ludności tubylczej — ankylostomiazy — będący ogólną endemią podzwrotnikową. Ponadto w sprawie nasilenia śpiączki w Liberii dodać muszę, że rząd liberyjski posiada umowę z rządem kolonialnym Fernando Po, tego notorycznego gniazda śpiączki, zobowiązującą go do dostarczania za 2-letnimi kontraktami 2.000 robotników rolnych na tamtejsze plantacje kakaowe. Oczywiście, że znaczny odsetek Liberyjczyków zakaża się śpiączką na Fernando Po i zawleka ją po powrocie do kraju. Jest to fakt epidemiologicznie nader ważny.

Służba zdrowia w Liberii nie istnieje: brak lekarzy rządowych (dorywcze posługiwanie się przez rząd lekarzami misyjnymi), brak nowocześnie zorganizowanych szpitali (nawet w stolicy kraju) i brak lekarza portowego w Monrowii! Zalecenia autora i minimalny program służby zdrowia w Liberii są jeszcze jednym dowodem posiadania zmysłu praktyczności i umiejętności liczenia się z rzeczywistością.

Oby doskonałe przeprowadzenie zadania, a piękne i zaciekawiające przedstawienie wyników pracy było zachętą dla czytelników i jak najliczniejszych następców.

Eugeniusz Krajewski (Katowice).

Cytologia prawidłowego ludzkiego płynu mózgowo-rdzeniowego (Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal chez l'homme). Monographie critique et pratique par H. JESSEN. Masson. Str. 168. Cena: 40 fr.

Prawidłowy obraz komórkowy płynu mózgowo-rdzeniowego nie został jeszcze dotychczas uzgodniony, ani co do ilości, ani jakości elementów postaciowych. Autor tłumaczy ten niedostateczny jeszcze wynik trzydziestoletniej pracy badawczej nie dość ścisłymi sposobami badania płynu mózgowo-rdzeniowego, zwyrodnieniem i cytolizą komórek zarówno *in vivo*, jak *in vitro* a wreszcie i odchyleniami konstytucjonalnymi.

Na podstawie przebadanych 500 prawidłowych płynów mózg.-rdzen. otrzymanych drogą nakłucia lędźwiowego, podpotylicznego i dokomorowego, badanych w ilości nie mniejszej niż 100 mm^3 w komorze własnego pomysłu, niebarwionych w 5% roztworze formaliny z uwzględnieniem zasad matematycznych, wyprowadza autor następujące wnioski: w prawidłowych płynach spotyka się trzy zasadnicze typy komórek, małe okrągłe, duże okrągłe i wielokątne, inaczej ogoniaste; przeważnie najliczniej występują pierwsze (małe okrągłe). Pochodzenie tych ciałek jest niejasne; pierwsze wyglądają, jak małe limfocyty krwi, drugie przypominają raczej limfocyty duże albo monocyty. Trzeci typ przypomina wprawdzie limfocyty, ale nie jest też pozbawiony i cech tkankowych. Wspólną cechą wszystkich wymienionych komórek jest skłonność do zwyrodnienia i cytolizy, co stanowi źródło wielu pomyłek rozpoznawczych. Liczba ciałek ulega wahaniom w prądzie płynu mózgowo-rdzeniowego od komór mózgowych do przestrzeni podpajęczynówkowych w tym znaczeniu, że im dalej od komór, tym liczba ciałek wzrasta. Trudno zatem ustalić granicę pleocytozy prawidłowej i patologicznej; w każdym razie 5 ciałek w 1 mm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego należy uważać za pleocytozę prawidłową, ilość 5 do 10 ciałek w 1 mm^3 jest już ilością graniczną, a wreszcie liczby powyżej 10 ciałek w 1 mm^3 są już patologiczne.

Ilość białka w płynie jest niezależna od ilości ciałek, dlatego też pleocytozę należy oceniać w związku z całością wyników wszystkich innych badań płynu mózgowo-rdzeniowego.

S. Szpilczyński (Lwów).

Kilka prawd zasadniczych o chorobach dzieci (Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des enfants. ROBERT DEBRÉ. Masson et Cie. Paris 1938. Cena: 28 fr.

Książka napisana oryginalnie, prawie felietonowo. Krótkie ustępy, niekiedy tylko krótkie zdania charakteryzują lapidarnie obrazy chorobowe. Trafne uwagi rozpoznawcze i lecznicze ujęte są w formę prostą.

Autor stara się podkreślić odrębności ustroju dziecięcego i odrębność nauki o chorobach dziecięcych: „Dziecko nie jest człowiekiem dorosłym w zmniejszonych rozmiarach". „Patologia dziecięca nie jest poprostu zmniejszonym obrazem patologii dorosłych".

Dwanaście krótkich rozdziałów książki pisanej pięknym językiem czyta się z prawdziwą przyjemnością. Książka jest odpowiednia, zarówno dla specjalistów pediatrów, jak i dla lekarzy niespecjalistów.

H. Wasilkowska-Krukowska (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa

Patologia

Zagadnienie przetaczania gruźliczo odpornej krwi. H. FERRI. Liecnicki Viesnik, Grudzień, 1938.

Autor opisując obecne metody leczenia gruźlicy, przedstawia ujemne wyniki prób odpornościowych: nie można bowiem osiągnąć zupełnej odporności na zakażenie gruźlicze, jak się to zdarza w innych chorobach zakaźnych. Jednak autor zwraca uwagę na fakt, że pewni ludzie, znajdujący się w ciągu szeregu lat w otoczeniu chorych gruźliczych, nie zapadają na gruźlicę, co przemawia za odpornością na gruźlicę tych ludzi.

Wychodząc z założenia, że immunobiologiczne właściwości mogą być przenoszone przez krew można się spodziewać, że przetaczanie krwi osób gruźliczo odpornych może przyczynić się do wyleczenia gruźlicy.

Autor, uzasadniając tę metodę leczniczą, przypomina o stosowaniu krwi ozdrowieńców przy rozmaitych schorzeniach.

W Zagrzebiu, w zakładzie dla gruźliczych zaczęto już stosować przetaczanie krwi gruźliczo odpornej. Nie mogąc jeszcze podać wyników leczniczych, autor wskazuje, gdzie należy szukać tych gruźliczo odpornych, a więc: wśród ludzi z dodatnią próbą Mantoux, z małymi ogniskami zwapnionymi, wśród zdrowych członków rodzin gruźliczych, wśród zdrowego personelu zakładów dla gruźlików i wśród mieszkańców miast, osób w wieku średnim. Autor chce rozstrzygnąć: 1) czy istnieje gruźliczo odporna krew, 2) czy ta krew może mieć wpływ leczniczy przy gruźlicy. Ma to znaczenie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne.

Dziulikowska (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

W sprawie łagodnego limfocytowego zapalenia opon mózgowych. H. GLATZEL. Klin. Woch. Nr 39, 1938.

Jeszcze w r. 1936 Roch opisał pod mianem *„Méningite lymphocytaire bénigne"*, patogenetycznie określony obraz tej choroby. Obraz ten opiera się na 150 publikacjach, pochodzących z Europy, Ameryki, Azji i Australii.

Chodzi o chorobę nagminną, która wystąpiła po wojnie światowej, a osiągała szczyt w latach 1929—1931 i od tego czasu powoli ustępuje. Przebieg jej jest następujący: ostry początek, szczególnie w jesieni, u mężczyzn objawy oponowe, a więc przede wszystkim ból głowy i wymioty, nerwy mózgowe nie są zajęte, bez utraty świadomości. Równocześnie pojawiają się zaburzenia przewodu pokarmowego, dreszcze, gorączka, mniej więcej do 39° i wybitne zwolnienie tętna. Choroba w ogóle ustępuje po 2 tygodniach. W płynie mózgowo-rdzeniowym wyraźne zwiększenie liczby limfocytów (100.600 w 1 mm³), nie ma ciałek czerwonych, wzmożona zawartość białka, prawidłowa chlorków i cukru.

Ze względu na nieustaloną przyrodę tej choroby i zapatrywanie Rocha o jej ustępowaniu, autor podaje historię choroby 3 chorych, przez siebie badanych: przebieg ich choroby odpowiadał obrazowi opisanemu przez Rocha. U jednego z nich choroba trwała 8 tygodni, u drugiego jeszcze po 4 miesiącach nie było zupełnego wyzdrowienia, trzeci przypadek odpowiadał w zupełności opisowi Rocha. Autor wypowiada zdanie, że opisane przez Rocha zapalenie opon jest zespołem objawów o niejednolitej etiologii. Nie jest jednostką chorobową.

W. Nowicki (Lwów).

Dalsze spostrzeżenia dotyczące pożywki Hilla. PĘKSA WŁ. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 4. 1938.

Autor powołując się na poprzednio ogłoszone wyniki hodowania pałeczki błoniczej na pożywce Hilla, przedstawia wyniki dalszych 214 posiewów. Pożywka Hilla składa się z agaru, mieszaniny krwi ludzkiej, baraniej, króliczej lub końskiej (najlepsza ludzka) z gliceryną oraz z jednoprocentowego roztworu cukru mlekowego. Z 214 posiewów podejrzanych o błonicę, w 19 przypadkach otrzymuje autor wynik dodatni, z tych w 16 posiewach wynik był jednakowy, tak na pożywce Hilla, jak i na pożywce Loefflera. W 2 przypadkach wzrost nastąpił o 12 godzin szybciej, niż na surowicy Loefflera, a w jednym wzrost widoczny był tylko na pożywce Hilla. Wobec łatwego przygotowania pożywki Hilla, nadaje się ona do masowego badania i może w zupełności zastąpić surowicę Loefflera.

J. Lankosz (Lwów).

O leczeniu czyraczności w pułku. BOBER ST. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 4, 1938.

Leczenie endemicznej czyraczności u żołnierzy polegało u autora na odkażaniu bielizny w roztworze mydlano-krezolowym, kąpaniu chorych w roztworze nadmanganianu potasu, stosowaniu okładów miejscowych z przeciwjadu gronkowcowego oraz leczeniu ogólnym przez wstrzykiwanie szczepionki gronkowcowej. Przy tym sposobie leczenia otrzymywał autor wyniki dobre.

J. Lankosz (Lwów).

Opieka lekarska sportu. SZULC J. Lekarz Wojskowy. T. XXXI. Nr 5, 1938.

Wobec ogromnego rozpowszechnienia sportów, a równocześnie potrzeby ogólnego rozwoju fizycznego i sportu, konieczna jest odpowiednia i fachowa opieka lekarska, która, zdaniem autora, w formie ustawy, objęłaby całą młodzież w liczbie około 7 milionów. Opieka lekarska dotycząca młodzieży jest konieczną w wypadkach niebezpieczeństwa uszkodzenia zdrowia, przy obecnej akcji przymusu szkolnego i powszechności wychowania fizycznego. Z kolei przedstawia autor przegląd ćwiczących, lekarzy sportowych, poradni sportowo-lekarskich, dochodząc do wniosku, że stan opieki lekarskiej jest niedostateczny, ze względu na ilość zarówno poradni, jak i wyszkolonych lekarzy. Wobec tego najracjonalniej należało by dostosować istniejące ośrodki zdrowia dla poradnictwa sportowo-lekarskiego oraz zwiększyć liczbę poradni przynajmniej o 200, aby w części zapewnić badania młodzieży uprawiającej sporty. Konieczne okazuje się również lepsze przygotowanie lekarzy w poradnictwie sportowo-lekarskim. Stowarzyszenie lekarzy sportowych i jego koła na terenie całego Państwa będą miały liczne zadania.

J. Lankosz (Lwów).

Pluskwa, jej biologia i zwalczanie. MILLAK H. Lekarz Wojskowy. T. XXXII. Nr 1, 1938.

Po treściwym przedstawieniu danych biologicznych pluskwy zajmuje się autor zdolnością przenoszenia i rozpowszechniania się pluskwy we wszystkich częściach świata. Następnie omawia znaczenie pluskwy w epidemiologii chorób zakaźnych, wskazując na przesadne mniemanie o jej roli jako przenosicielki chorób. Do tępienia pluskiew można użyć środków fizykalnych, chemicznych o działaniu ogólnym i miejscowym oraz środków biologicznych. Autor omawia wspomniane środki, podaje ich działanie i wartość. W końcu przedstawia akcję zapobiegawczą, zastosowanie oraz jej konieczne wymagania, jak i zwalczanie w wojsku według instrukcji wojskowej.

J. Lankosz (Lwów).

Zagadnienie lekarskie w sporcie spadochronowym. SZLĄZAK J. Lekarz Wojskowy. T. XXXII. Nr 1, 1938.

Autor po nakreśleniu dziejów spadochronu, sportu spadochronowego za granicą i w Polsce, omawia znaczenie sportu spadochronowego, rolę lekarza w tym sporcie, badania lekarskie, współpracę lekarzy z instruktorami oraz wykłady na kursach instruktorskich. Nieco szerzej przedstawia autor zmiany zaznaczające się przede wszystkim przy skoku ze spadochronem w układzie psycho-nerwowym, jako wynik olbrzymiego wzmożenia. Bezpieczeństwo skoku ze spadochronem zależne jest od kilku czynników, jak: sprzętu, wyszkolenia skoczka, wysokości skoku, warunków atmosferycznych, terenowych, lądowania, zdrowia skoczka, ubioru i zachowania się przy lądowaniu. Przedstawia również autor najczęściej występujące uszkodzenia podczas skoku, do których należą złamania, zwichnięcia, stłuczenia, naderwania ścięgien, rany i wstrząsy. Typowym złamaniem skoczków spadochronowych jest odłamanie kostek bocznych.

J. Lankosz (Lwów).

Zboczenia rozwojowe kończyn górnych. SOCZKOWSKI E. Lekarz Wojskowy. T. XXXII. Nr 2, 1938.

Zboczenia rozwojowe kończyn górnych nie należą do rzadkości, a dotyczą zmian natury ilościowej i jakościowej, zarówno części kostnych, jak i miękkich.

Autor po przedstawieniu zapatrywań i podziale zboczeń przez innych autorów, omawia swoje przypadki, ilustrując licznie zdjęciami. W pierwszym przypadku stwierdza wrodzony brak czterech palców ręki lewej z zanikiem czwartej i piątej kości śródręcza, przy ogólnym niedorozwoju fizycznym. W drugim omawia daleko posunięte zaburzenia rozwojowe kośćca kończyn górnych i dolnych, w obrębie rąk i stóp przy zmianach w układzie płciowym. Zmiany te występowały rodzinnie. W trzecim przypadku wykazuje rozdwojenie członka paznokciowego, kciuka ręki prawej, w czwartym zaś zrost skórny między 3 i 4 pal-

cem ręki lewej. Piąty przypadek dotyczył 15-letniej dziewczynki, która urodziła się z brakiem ręki prawej, częściowym brakiem przedramienia prawego z zachowaniem stożkowatego kikuta. Zastanawiając się nad przyczynami powstawania zboczeń rozwojowych, uznaje autor dwa czynniki: wewnętrzny i zewnętrzny. Wewnętrzny — to zboczenie rozwojowe zawiązku, przekazane przez rodziców, zewnętrzny czynnik, to nieprawidłowości narządu rodnego matki, jak ograniczenie przestrzeni, w której rozwija się płód, nadmiar lub niedobór wód płodowych, nieprawidłowości owodni, wpływy toksyczne, zakaźne i psychiczne. Najczęściej zmiany te są wywołane przez nieprawidłowe zachowanie się owodni, co zostało już niejednokrotnie stwierdzone. W pierwszym i piątym przypadku zboczenia rozwojowe pozostają w związku z zachowaniem się owodni, w drugim, trzecim i czwartym są pod wpływem działania czynnika wewnętrznego, który polega na obecności zawiązka zboczeń w komórkach płciowych rodziców. *J. Lankosz* (Lwów)).

Zakażenie mątwikiem jelitowym (anguilluliasis). LITYŃSKI N. Lekarz Wojskowy. T. XXXII. Nr 2, 1938.

Autor opisuje przypadek zakażenia mątwikiem jelitowym u oficera, który zgłosił się na Oddział Wewn. z objawami ostrej niestrawności. Obraz kliniczny choroby odpowiadał nieżytowi jelit, pęcherzyka i dróg żółciowych, spowodowanemu obecnością mątwika jelitowego, którym zakaził się chory podczas pobytu w Rumunii przed dwoma laty. Zakażenie w klimacie umiarkowanym jest nader rzadkie, a stwierdzenie go w wydalinach chorego jest przypadkowe. Autor opisuje dokładnie biologię pasożyta oraz koleje jego bytowania w ustroju ludzkim. Leczenie środkami farmakologicznymi przeciwczerwiowymi (stowarsol, nowarsenobenzol, santonina) pozostaje prawie bez wyniku. Inne, jak *extr. filicis maris, ol. chenopodii, cortex granati,* pigułki niebieskie i inne środki, dają również bardzo wątpliwe wyniki. Najkorzystniej działa fiolet goryczki w ilości po 0,06 g trzykrotnie w ciągu dnia, a 3,3 g na całe leczenie. W opornych przypadkach stosuje się płukania dwunastnicy 0,1% roztworem fioletu goryczki, a w bardzo opornych dożylnie 0,05% roztwór tegoż fioletu. *J. Lankosz* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Stosunek macicy do jajnika u kobiet i królic. Czy macica jest organem wydzielania wewnętrznego? J. ROZENBLAT i M. PŁOŃSKIER. Gin. Pol. T. XVII. Z. III—IV.

Praca doświadczalna autorów miała za zadanie wyjaśnienie stosunku macicy do jajnika. Stosunek jajnika do macicy został w zupełności wyjaśniony, jednakże stosunek odwrotny macicy do jajników nie został dostatecznie ujawniony i zdania klinicystów są rozbieżne. Niektórzy klinicyści np. twierdzą, że po usunięciu macicy żadnych zmian w jajnikach się nie stwierdza, a jeżeli są zmiany, to przypadkowe, wywołane uszkodzeniem naczyń krwionośnych i nerwów w czasie operacji. Doświadczenia swoje wykonał autor na królicach, które posiadają autonomię unaczynienia jajników, niezależnie od tętnicy macicznej.

Ruja jest cennym wskaźnikiem czynności jajników, jest jednak zależna od wielu czynników przypadkowych, dlatego posługiwał się autor dla skontrolowania czynności jajników metodą interferometryczną.

Dane obserwacji klinicznej, badań interferometrycznych i anatomo-patologicznych są zgodne i pozwalają autorom wnioskować, co następuje: 1) usunięcie macicy stwarza w pęcherzykach Graafa szereg zmian, które wskazują na zanikanie czynności jajnikowej. Świadczą one o tym, że macica jest ważnym hormonalnym owariotropowym organem, 2) zachowanie kawałka śluzówki macicy podczas zabiegu operacyjnego wystarcza, aby uchronić jajnik od zmian wstecznych. Wobec tego podczas histerektomii należy dążyć do pozostawienia kawałka śluzówki macicznej. *M. Segal* (Jędrzejów).

Przegląd wyników 602 porodów kleszczowych kliniki kobiecej w Gdańsku za okres czasu od 1930 do 1936 roku. JOAHIM ERBSLOH. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 3—4.

Na 11.183 porodów w 602 przypadkach ukończono poród za pomocą kleszczy (5,38% wszystkich porodów). W ostatnich latach zaznaczyło się zwiększenie porodów kleszczowych, co autor stawia w związku przyczynowym ze stosunkowo zwiększoną ilością starszych pierwiastek. Wprowadzenie środków pobudzających macicę do pracy nie wpłynęło wybitnie na zmniejszenie się operacyj kleszczowych. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego nie miało wpływu na częstość zakładania kleszczy. Kleszczami kończono poród częściej w przypadkach porodów męskich, niż żeńskich. Śmiertelność matek wyniosła 0,38%, dzieci 5,8%. Gorączka połogowa wystąpiła w 14,4%. W trzeciej części przypadków kleszcze stosowano z powodu zamartwicy płodów. W dwóch trzecich, ze wskazań dotyczących matek (przeważnie pierwotnie słaba czynność porodowa). Wyniki te przemawiają przeciw konieczności częstszego stosowania cięcia cesarskiego z powodu słabych bólów porodowych. *J. Lenczowski* (Lwów).

O leczeniu operacyjnym gruźlicy przydatków macicy. J. FRIGYESI. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 4.

Po ogólnych rozważaniach, dotyczących dróg zakażenia gruźliczego narządu rodnego oraz po wyliczeniu najważniejszych postaci anatomicznych tego cierpienia, omawia autor wyniki lecznicze swoich 22 przypadków, w których bądź wykonał operacyjne usunięcie przydatków lub odjęcie macicy wraz z trąbkami (17 przypadków), bądź stosował wyłączne leczenie naświetlaniami rentgenowskimi. Żadna chora nie zmarła. Kontrola kilkuletnia wykazała, że na 17 przypadków operowanych w 11 nastąpiło zupełne wyleczenie lub też znaczna poprawa. Przy dobrej zatem technice operacyjnej można osiągnąć za pomocą zabiegu chirurgicznego niezłe wyniki, jednakże z tym zastrzeżeniem, żeby przeznaczać do operacji przypadki tylko wybrane. Nie nadają się do leczenia operacyjnego przypadki, powikłane znacznymi zmianami gruźliczymi innych narządów lub takie, w których zachodzą znaczne zrosty trąbek z otoczeniem, utrudniające przeprowadzenie zabiegu. U każdej chorej, bez względu na to, czy stosował leczenie operacyjne, czy nie, stosował autor naświetlania rentgenowskie. Niezmiernie ważną rolę spełnia dodatkowe ogólne dietetyczne leczenie, jak przebywanie na świeżym powietrzu, leczenie lampą kwarcową, dobre odżywianie itd. Jednym słowem stosowanie tych wszystkich sposobów leczniczych, które zalecane są w ogóle w gruźlicy. *J. Lenczowski* (Lwów).

Czy przedwczesne i niewczesne odejście wód płodowych wpływa na czas trwania porodu? H. GUTHMANN i PH. ENDRES. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 4.

Opierając się na dokładnej, z wielu stron ujętej analizie, 412 przypadków porodów normalnych o czasowym pęknięciu pęcherza płodowego, 430 przypadków porodów z nieczasowym odejściem wód płodowych i 410 przypadków przedwczesnego wypłynięcia wód, dochodzą autorzy do następujących wniosków: 1) Przedwczesne odejście wód płodowych skraca czas trwania porodu. 2) Skrócenie to zaznacza się w pierwszym okresie, a na okres drugi i trzeci nie wpływa. 3) Przyczyna tego zjawiska, zdaniem autorów, polega na tym, że napięty pęcherz płodowy, uciskając na szyjkę macicy, powoduje odruchowo skurcz ujścia zewnętrznego. 4) Pęknięcie pęcherza nieczasowe, przeciwnie, przedłuża czynność porodową i przedłuża wyłącznie pierwszy okres. Jako przyczynę przyjmują autorzy czasowy niedowład macicy, która po odejściu wód staje się mniej napięta. 5) Spostrzeżenia powyższe są bardzo ważne dla celów praktycznych. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego nie tylko usprawiedliwia stanowisko wyczekujące, lecz w wielu przypadkach stanowisko to ma być stosowane, jako dzielny środek przyśpieszający poród. Poza tym schematyczne stosowanie środków wywołujących skurcz macicy, w przypadkach przedwczesnego odejścia wód płodowych, jest nieracjonalne, a nawet może wręcz szkodliwe. *J. Lenczowski* (Lwów).

O nieudałych próbach kleszczowych w klinice i poza kliniką. JOACHIM ERBSLÖH. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 5.

Omówienie 48 przypadków nieudałych prób zakładania kleszczy, z czego kleszcze zakładano poza kliniką 33 razy, w samej zaś klinice 15 razy. Porównanie ze sobą obu tych grupy wykazuje dobitnie różnice w traktowaniu porodu przez lekarza-praktyka i klinicystę. Niepowodzenie operacyj kleszczowych (chodziło tu wyłącznie o kleszcze wysokie), znalazło wytłumaczenie nie tyle w tym, że kleszcze były zakładane na główce nieprzygotowanej do tego zabiegu, ale głównie w tym, że pomiędzy główką a miednicą istniał niestosunek porodowy, a więc albo miednica ścieśniona, albo płód przenoszony. Wskazania w przypadkach pozaklinicznych były bardzo dowolne i z punktu widzenia konieczności zabiegu prawie zupełnie nieusprawiedliwione, czego najlepszym dowodem jest to, że niektóre rodzące po przeniesieniu do kliniki urodziły same, bez żadnej pomocy lekarskiej. Z drugiej strony warunki do kleszczy były zupełnie nieodpowiednie. Toteż śmiertelność matek wyniosła 9%, odpowiednio do tego i chorobliwość połogowa była zastraszająca. Śmiertelność płodów, po wliczeniu przypadków obumarcia noworodków w pierwszym tygodniu życia, wyniosła 57,6%.

Wskazania do kleszczy na klinice były stawiane zawsze ściśle. Przeważnie były to groźne stany zamartwicy płodów lub niebezpieczne dla życia matki stany chorobowe. Kleszcze uważane były zawsze jako zabieg próbny, nigdy nie forsowano wydobycia płodu kleszczami za wszelką cenę. Toteż zmarła tylko jedna rodząca, lecz śmierć jej w żaden sposób nie stała w związku z próbą zakładania kleszczy, gdyż nastąpiła wskutek ciężkich drgawek porodowych. Śmiertelność płodów natomiast była b. wysoka — 60%; jest to zrozumiałe, gdyż wskazania do operacji kleszczowej stawiano bardzo ściśle, wtenczas gdy nie można było wykonać cięcia cesarskiego. Po nieudałych kleszczach poród kończono albo wymóżdżeniem płodu albo przez obrót na nóżkę. W tych przypadkach udawało się niekiedy płód uratować.

J. Lenczowski (Lwów).

Stosowanie kości oczyszczonej (os purum) do przeszczepów kostnych. SVANTE ORELL. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 66, 1, 1938.

Autor omawia różnego rodzaju przeszczepy kostne, a więc przeszczepy świeżej kości tego samego osobnika, przeszczepy kości gotowanej i wysuszonej lub kości wyżarzonej (Barth), następnie kości ustalonej w alkoholu lub formalinie, wreszcie przeszczepy kości w szczególny, przez siebie podany sposób przygotowanej, tzw. oczyszczonej *(os purum)*. Kość oczyszczona *(os purum)* przygotowuje się z kości następująco: po usunięciu mechanicznym części miękkich przeprowadza się kość przez roztwór fizjologiczny, następnie przez ciepły roztwór ługu potasowego i acetonu dla wyługowania i rozpuszczenia ciał białkowych, tkanki łącznej i tłuszczu. Wyjałowienie przeszczepu uskutecznia się przez gotowanie. Autor w materiale klinicznym, obejmującym 49 przypadków gruźlicy kostnej, zastępował usunięte operacyjnie schorzałe części kostne bądź to przeszczepami świeżej kości pobranej z tego samego osobnika, bądź też przeszczepami kości oczyszczonej *(os purum)*.

Rozważając wyniki swego materiału, dochodzi do następujących wniosków: według spostrzeżeń autora, proces gojenia się po wszczepieniu kości oczyszczonej przebiega bez powikłań, czasem w 3 lub 7 tygodniu pojawia się w bliźnie przetoka, wydzielająca ciecz surowiczą; przetoka zamyka się zwykle w przeciągu 1—2 tygodni samoistnie. Kończynę operowaną należy unieruchomić w opatrunku gipsowym na przeciąg 2—3 miesięcy.

Wskazaniem do stosowania przeszczepów kości oczyszczonej jest najczęściej umiejscowiona gruźlica w okresie nieczynnym, dalej ubytki kostne innego pochodzenia, jak np. przy torbielowatym schorzeniu kości.

W. Bross (Lwów).

Wtórne zmiany w pęcherzu w następstwie leczenia radem raka szyi macicy. J. i H. DUVERGEY. Rev. Fr. de Gyn. Nr 11. 1938.

Autorzy zwracają uwagę na późne zmiany w ścianie pęcherza moczowego, które występują po naświetlaniu radem raka szyi macicy. Zmiany te są czasem mylnie uważane za przerzuty nowotworowe. W rzeczywistości ma się tu do czynienia z martwicą błony śluzowej na tle zaburzeń troficznych spowodowanych działaniem radu. Martwica ta występuje zazwyczaj w rok lub dwa lata po naświetlaniach. Gojenie owrzodzeń powstałych po złuszczeniu się martwiczych strzępków błony śluzowej ściany pęcherza trwa bardzo długo. Leczenie polega na stosowaniu środków odkażających pęcherz.

H. Newlińska (Lwów).

Praca statystyczno-krytyczna, dotycząca krwawień pozałożyskowych na podstawie obserwacji 20.000 porodów. P. TRILLAT i P. MAGNIN. Rev. Fr. de Gyn. Nr 12, 1938.

W ciągu 10-letniego okresu, na 20.000 porodów, krwawienia pozałożyskowe wystąpiły w 66 przypadkach, z nich 14 przy nieprawidłowym usadowieniu się łożyska. Objawy kliniczne niewiele się różniły od objawów występujących przy przedwczesnym odklejeniu łożyska, prawidłowo usadowionego. Autor rozróżnia 3 rodzaje krwawień pozałożyskowych: 1) postać lekka — dziecko żywe, odklejenie nie przekracza połowy łożyska (20 przypadków); 2) postać średnia — płód martwy, stan matki dobry (42 przyp.); 3) postać ciężka — płód martwy, stan matki ciężki (4 przyp.). Śmiertelność matek 25%. W każdej z tych grup znajdowały się chore, u których białkomoczu nie można było wykazać i te właśnie przypadki, w liczbie 34, miały przebieg lżejszy, niż przypadki na tle zatrucia ciążowego. W ogóle przedwczesne odklejenie występuje częściej u wieloródek i przebiega tym ciężej, im wcześniejszy jest okres ciąży. Śmiertelność płodów 70%. Postępowanie lecznicze: przebicie pęcherza. Wszelkie zabiegi położnicze winny być robione bardzo oglednie, aby nie uszkodzić szyi albo samej macicy.

H. Newlińska (Lwów).

Porody bliźniacze. Rokowanie i postępowanie. L. GERNEZ i Y. OMES. Rev. Fr. de Gyn. Nr 12, 1938.

Na podstawie 226 przypadków porodów bliźniaczych, obserwowanych w czasie od 1919 r. do 1937 r., autorzy dochodzą do następujących wniosków: ciąża bliźniacza zdarzała się 1:84 przypadków, przeważnie u osób pomiędzy 21—25 rokiem życia, w 2/3 przypadków u wieloródek. Ciąża rzadko dobiegała do końca. Przeważnie poród występował w 8 mies., a poronienie w około 10%. Do najczęstszych powikłań ciąży bliźniaczej należą: zaburzenia ze strony układu sympatycznego, białkomocz, wielowodzie, rzucawka porodowa. Przedłużanie się porodu spowodowane bywało głównie przez powolne rozwieranie macicy. Poród siłami natury odbył się w 53%, w 47% należało interweniować. Śmiertelność matek wyniosła 1,3%, chorobowość 35%. Co się tyczy bliźniąt, rokowanie zależało od ich rozwoju i wykonanego zabiegu. W ogóle płody młodsze były słabsze i mniejsze.

W II części pracy autorzy omawiają postępowanie: w ciąży należy często badać mocz i ciśnienie. W razie jakichkolwiek zmian, należy zalecić odpowiednią dietę i spokój. Porody bliźniacze u wieloródek odbywają się zazwyczaj siłami natury. Po urodzeniu pierwszego płodu, w 5—10 min. należy przebić pęcherz drugi, po czym drugi bliźniak może się sam urodzić. Jeżeli poród nie następuje, należy wykonać niezwłocznie odpowiedni zabieg (kleszcze, obrót). W razie powstania jakiejkolwiek nieprawidłowości przed urodzeniem się pierwszego płodu, należy interweniować, po czym po pewnym czasie wyciągnąć drugi płód. Najlepsze wyniki dla matek i płodów widzimy wówczas, gdy pomiędzy rodzeniem się poszczególnych płodów upływa nie mniej, niż 15 minut.

H. Newlińska (Lwów).

Przyczynek do leczenia raka macicy. B. J. JOVANOVIC. Medicinski Pregled. Nr 2, 1938.

Autor na podstawie zebranych statystycznie 395 przypadków raka macicy wysnuwa następujące wnioski:

Rak szyjki macicznej najskuteczniej leczy się radem. Gdy zmiany są rozległe, lepsze wyniki osiąga się przy leczeniu radem i Roentgenem. Zdarzają się jednak nierzadko wyniki niepomyślne, z powodu odporności na rad, zajęcia gruczołów, niemożliwości prawidłowego stosowania radu, wreszcie zakażenia.

W tych przypadkach, gdy rad sam nie prowadzi do celu, należy połączyć leczenie chirurgiczne z radem. Przy raku trzona macicy najlepiej jest. jeżeli można, wykonać całkowite wycięcie macicy (Wertheim) drogą powłok brzusznych. Daje to jednak około 30% późniejszych nawrotów.

Jeżeli istnieją przeciwwskazania do zabiegu chirurgicznego, należy stosować rad. Jednak, tak sam rad, jak i sam zabieg chirurgiczny zwykle nie dają zadawalających wyników. Dlatego cenną jest metoda prof. A. Gosset, polegająca na stosowaniu radu po wykonaniu zwykłej histerektomii. Daje ona nieraz dobre wyniki w przypadkach dotychczas uważanych za beznadziejne. Na 25 leczonych tą metodą przypadków zmarło 2.

Dziulikowska (Lwów).

Lecznicze uwagi, wysnute na tle przypadku krwawień macicznych przy zakażeniu popołogowym (syndrom Couvelair'a). S. TASSOVATZ, P. DRAGOMIROVITCH. Medicinski Pregled. Nr 3, 1938.

Autorzy opisują przypadek, gdzie pozostałe w macicy części łożyska wywołały krwawienia połączone z ogólnym zakażeniem. Ze względu na zły stan chorej nie wykonano histerektomii, lecz wyłyżeczkowano jamę maciczną. Po tym zabiegu objawy zakażenia wzmogły się, a krwawienia się powtórzyły. Zastosowano przetaczanie krwi i wykonano histerektomię subtotalną, przy znieczuleniu miejscowym. Chora wróciła do zdrowia po parutygodniowym stanie gorączkowym. Autorzy, wymieniając środki zapobiegające krwawieniom popołogowym, podkreślają konieczność wykonania histerektomii przy krwawieniach, połączonych z zakażeniem, gdyż manipulacje w jamie macicznej są w takich przypadkach niebezpieczne.

Dziulikowska (Lwów).

Ruch w towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego

Protokół zebrania naukowego z dnia 18 maja 1938 r.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego zebrania naukowego z dnia 20 kwietnia 1938 roku.

II. *Pokazy.*

1. Kol. Nasiłowski *pokazuje: a) chłopca $6^{1}/_{2}$-letniego z upośledzonym rozwojem fizycznym i psychicznym, u którego rozpoznano kiłę wrodzoną*, przy czym momentem rozpoznawczym były zmiany swoiste dla kiły na dnie obu oczu: zmiany barwikowe środkowe i częściowy zanik tarcz nn. wzrokowych. Rodzice uważali się za zdrowych. Odczyn WR. u matki i dziecka ujemny.

b) *dziewczynkę, lat $4^{1}/_{2}$, z pergaminową skórą barwikową — xeroderma pigmentosum* na odsłoniętych częściach ciała. Prócz tego zgrubienia brzegów powiek, światłowstręt. W ciepłych porach roku następuje pogorszenie. Jest to drugie dziecko rodziców zdrowych. Ogólny rozwój fizyczny dziecka słaby: lekka sinica. Stopy zniekształcone. Pochodzi ze wsi. Odczyn Wassermanna ujemny u matki i dziecka.

2. Kol. Bieńkowski *pokazuje 3 przypadki złamania przedramienia u dzieci w wieku lat 9, 13 i 15, z których jedno złamanie nastawiono bezkrwawo a dwa leczono operacyjnie.* Podnosi przy tym, że zasadniczo zawsze należy starać się uzyskać dobre ustawienie odłamów. Jeżeli nie udaje się tego osiągnąć w sposób zwykły — bezkrwawy, wówczas trzeba uciec się do zabiegu operacyjnego.

3. Kol. Buchacz *pokazuje:* a) *dwa przypadki zwichnięć otwartych stawu skokowego;* jeden dotyczy chłopca, W. M., lat 13, który wpadł pod furgon. Rozpoznano zwichnięcie otwarte kości skokowej lewej ku przodowi i chorego poddano natychmiastowemu zabiegowi operacyjnemu. Rana po zabiegu zagoiła się doraźnie, chłopiec wyzdrowiał. Chodzi. Ruchy w stawie skokowym dobre.

Drugi przypadek dotyczy chorego, A. L., lat 28, któremu w pracy koło młyńskie przygniotło prawą stopę. Zwichnięcie kości skokowej, która wystercza przez rozległą ranę szarpaną, długości około 15 cm. I w tym przypadku postępowanie, jak poprzednio — wycięcie rany, oczyszczenie stawu, nastawienie zwichnięcia (b. trudne) i szew pierwotny. Początkowo przebieg pooperacyjny był gładki, potem ropienie: ze względu na pogarszanie się stanu ogólnego odjęto kończynę dolną na poziomie połowy podudzia. Wyleczenie.

Nawiązując do powyższych przypadków podaje pokrótce zasady postępowania chirurgicznego w tego rodzaju ciężkich uszkodzeniach.

b) Pokazuje chorego P. B., lat 40, którego postrzelono w lewe biodro. Chory przeszedł tężec. Po zastosowaniu dużych dawek (100 cm^3 jednorazowo) surowicy tężcowej uzyskano wyleczenie. Ogółem chory otrzymał 2940 cm^3 surowicy dożylnie i 60 cm^3 dordzeniowo.

4. Kol. M. Trawiński: a) *„Przyczynek do postępowania wobec przedziurawionych wrzodów żołądka"*.

W przypadkach przedziurawienia wrzodu żołądka zazwyczaj ograniczamy się do zeszycia samego przedziurawienia. Uważamy to za zabieg ratowniczy, odkładając na później leczenie wrzodu. W przedstawianym przypadku odstąpiliśmy od tej zasady ze względu na okoliczności wyjątkowe, a mianowicie przedziurawienie nastąpiło podczas pobytu w szpitalu, było spostrzeżone natychmiast i natychmiast też operowane. W przypadku tym zastosowaliśmy wycięcie odpowiedniej części żołądka. Okazało się przy tym, że w samym odźwierniku prócz wrzodu przedziurawionego istniał jeszcze wrzód drugi na tylnej ścianie, drążący do trzustki. Po operacji przetoczono choremu 350 cm^3 krwi wobec tego, że już poprzednio był on znacznie osłabiony krwotokami z żołądka. Nastąpiło gładkie wyzdrowienie.

b) *Przedstawia mężczyznę, lat 19, który przybył na Oddział z powodu złamania lewego uda, przed $2^{1}/_{2}$ miesiącami.* Zrostu nie było, a badanie rentgenowskie wykazało znaczne przemieszczenie odłamków, złamanie typu poprzecznego. W przypadku tym zastosowano zespolenie kości za pomocą płytki metalowej. W przebiegu pooperacyjnym nastąpiło powikłanie w postaci późnego zropienia krwiaka. Ranę trzeba było otworzyć. Pomimo to nastąpił mocny zrost odłamków. Obecnie chory chodzi bez laski, skrócenia kończyny nie ma, a ruchomość we wszystkich stawach jest dobra.

c) *Przedstawia chłopca, lat 10, po operacji dokonanej przed miesiącem z powodu porażenia nerwu twarzowego prawego.* Porażenie to trwa od 1. roku życia, powstało z nieznanej przyczyny i było wyrażone w całej pełni (w zakresie wszystkich gałęzi). Operacja polegała na wycięciu zwoju górnego n. sympatycznego szyi. Wynik operacji zaznaczył się już w ciągu pierwszej godziny po zabiegu. Obecnie można stwierdzić poprawę: usta wyrównane, policzek mniej się wypukla, pozostaje jednak dość znaczna niedomykalność powiek.

d) *Przedstawia chorą, lat 32, ze zmianami typowymi dla promienicy na policzku lewym.* Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie. Chorą skierował do leczenia rentgenowskiego, o wyniku zawiadomi.

III. *Odczyt.*

Kol. T. Sokołowski *mówi o operacyjnym leczeniu wiądowego zaniku n. wzrokowego, przedstawiając chorego, lat 33, który przed 12 laty zakaził się kiłą.*

Przed 6 laty stracił lewe oko w następstwie urazu. Od wiosny roku ubiegłego zauważył pogarszanie się wzroku oka prawego do tego stopnia, że w jesieni musiał być prowadzony. Prelegent wykonał u chorego cyklodializę w górno-skroniowym kwadrancie. Choremu wzrok się poprawił. Obecnie chory widzi, chodzi sam, nawet zarabia. Nawiązując do przypadku, prelegent omawia technikę zabiegu — cyklodializy i sposób postępowania przy zmianach oczu w kile.

Wiceprezes: *Dr Z. Kotarski.*
Sekretarz: *Dr M. Bieńkowski.*

Protokół zebrania naukowego z dnia 22 czerwca 1938 roku

I. Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia naukowego, przyjęto go z drobnymi poprawkami kol. Nasiłowskiego, odnośnie do jego pokazu.

II. *Pokazy.*

1. Kol. Nasiłowski: a) *pokazuje niemowlę z następstwami po zapaleniu opon mózgowych na tle dwoinki tucznej (wodogłowie)* — (drukowane w Pol. Gaz. Lek. jako przypadek II — leczony septaziną).

b) *podaje uzupełniające badania przypadku xeroderma pigmentosum*, przedstawionego na poprzednim zebraniu. Badanie morfologiczne krwi wykazało nieznacznego stopnia wtórną niedokrwistość; mocz bez zmian.

W rozpoznaniu wyłączono opryszczkę letnią (*hydroa aestivale).*

W piśmiennictwie pediatrycznym jest godny uwagi podobny przypadek Zienkiewicza (Pediatria Polska 1937. Z. 2). Pokaz fotografii.

2. Kol. Stachurko *pokazuje dwa przypadki białaczki.*

3. Kol. Sokołowski: *Przypadek aniridia congenita i zaćma obrączkowa u ojca i córki.*

4. Kol. Buchacz (za nieobecnego kol. M. Trawińskiego):

a) Omawiając postępowanie w przypadku nowotworu pęcherza moczowego, pokazuje chorego, B. J., lat 54, u którego usunięto guz nowotworowy w pęcherzu nożem elektycznym, po nacięciu pęcherza, ponieważ kilkakrotną elektrokoagulacją śródpęcherzową nie można było całkowicie usunąć nowotworu. Wyleczenie.

b) Przedstawia chłopca S. B., lat 9, którego operowano z powodu przetoki cewkowo-odbytniczej. Z cięcia na kroczu wypreparowano cewkę dookoła i przecięto ją w miejscu domniemanego rozgałęzienia. Istotnie natrafiono na otworek — kanalik (!), prowadzący w kierunku odbytnicy, b. krótki; niestety, przecięto przy tym cewkę właściwą całkowicie poprzecznie. Zeszyto otworek prowadzący do odbytnicy i zeszyto cewkę poprzecznie, okrężnie. Wyleczenie. Zaburzenia w oddawaniu moczu nie ma.

c) Przedstawia dwóch chorych, u których dokonano wszczepienia przeciętych żeber w obręb ubytku w czaszce, powstałych po trepanacjach w następstwie złamań powikłanych. Wszczepione płytki kostne wgoiły się zupełnie dobrze, tworząc jednolitą płytę kostną.

5. Kol. Berdo *pokazuje szereg rentgenogramów płuc* (zdjęcia seryjne) w przypadku powolnego gojenia się ropnia płuc.

W dyskusji zabierali głos kol. Kotarski i Mromlińska.

Wiceprezes: *Dr Z. Kotarski.*
Za sekretarza: *Lek. M. Buchacz.*

Protokół zebrania naukowego z dnia 21 września 1938 roku

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z zebrania naukowego z dnia 22. VI. 1938 r. Prezes kol. M. Trawiński odczytuje list pożegnalny wyjeżdżającego na stałe z Zagłębia kol. dra Suchodolskiego Kazimierza, członka honorowego Towarzystwa, który w ciągu szeregu lat był prezesem Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

Następnie Prezes kol. M. Trawiński podaje do wiadomości, że w dniach 23—30 listopada br. Komitet Organizacyjny Tygodnia Przeciwrakowego w Polsce z ramienia Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej urządza „Tydzień Przeciwrako-

wy". W związku z tym proponuje na porządku dziennym listopadowego zebrania naukowego umieścić tematy, dotyczące nowotworów, a niezależnie od tego urządzać odczyty popularne w szkołach i innych instytucjach.

II. *Pokazy.*

1. Kol. Nasiłowski (z Centr. Ośr. Chorób Dzieci Ubezp. Społ. w Sosnowcu) *przedstawia i omawia 3 przypadki kiły wrodzonej.*

a) Niemowlę 2-miesięczne. Przed dwoma tygodniami wystąpiły porażenia bolesne obu ramion, a szczególnie lewego. Z podejrzeniem o zwichnięcie w stawie barkowym lewym, dziecko skierowano do chirurga, stamtąd do rentgenologa (badanie z wynikiem ujemnym), wreszcie do pediatry. W Ośrodku Chorób Dzieci stwierdzono powiększenie śledziony, błyszczące pięty, wykwity skórne nietypowe. Badanie serologiczne krwi matki: odczyn Wassermanna (I —, II ++, III +), oba odczyny Meinicke'go wybitnie dodatnie (M. T. R. ++++, M. K. R. ++++); we krwi dziecka odczyn Wassermanna i oba odczyny Meinicke'go wybitnie dodatnie. We krwi ojca odczyny serologiczne ujemne, ale potem dowiedział się od wenerologa, że przechodził kiłę na dwa lata przed małżeństwem. Zaznaczyć należy, że starsze (pierwsze) dziecko tych rodziców, 1½-roczne, uchodzi za zdrowe i ma odczyny serologiczne ujemne (pokaz starszego dziecka).

b) Niemowlę 5-miesięczne. Pierwsze dziecko rodziców zdrowych. Od 20. dnia życia w opiece niestałej Ośrodka Chorób Dzieci (przechodziło niestrawność, nieżyt nosa, wczesne objawy krzywicy, zaburzenia wzrostu). Ostatnio zwrócono uwagę na rozszerzenie żył czaszkowych, na cerę twarzy, barwy kawy mlecznej, na krzyki nocne, na nieznaczne powiększenie śledziony i mały przybytek na wadze, pomimo dostarczania witamin wszelkiego rodzaju. Rozpoznano kiłę wrodzoną; odczyny serologiczne krwi dziecka i matki: u dziecka odczyn Wassermanna silnie dodatni, u matki ujemny, ale oba odczyny Meinicke'go silnie dodatnie. We krwi ojca odczyny serologiczne ujemne. Rozpoznanie dla rodziców jest przykrą niespodzianką.

c) Dziecko 5-letnie. Zaburzenia dystroficzne i psychiczne. Z powodu pobytu zdala od miasta (Sosnowca) leczone niesystematycznie. W wieku lat 3 w Ośrodku Chorób Dzieci rozpoznano niedomogę tarczycy, zaburzenia wzrostu, chodu i mowy. W wieku lat 3 wyrosła adenoidalne (usunął laryngolog). Obecnie: *imbecillitas, dystrophia pluriglandularis.* (Waga 13½ kg).

W ostatnich miesiącach w ramionach stwierdza się ticki. Z wywiadów wynika, że jest to drugie dziecko (pierwsze ma 9 lat) rodziców rzekomo zdrowych.

Odczyny serologiczne (Wa i M.) we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym dziecka ujemne; we krwi matki odczyn Wa ujemny, oba odczyny M. wybitnie dodatnie. Ojca nie udało się sprowadzić do zbadania serologicznego.

W tym przypadku przypuszcza się uszkodzenie przez jad kiłowy układu nerwowego i gruczołów dokrewnych dziecka. (Rozpoznanie kiły jest zbyt późne, by móc uratować społeczną wartość dziecka).

W przedstawianych przypadkach zwrócić należy uwagę na: 1) wywiady ujemne, 2) częstość schorzeń pospolitych tzw. banalnych u dzieci kiłowych, 3) dodatnie odczyny Meinicke'go u matek dzieci (szczególnie swoiste znaczenie ma mieć odczyn wyjaśnienia MKR.), 4) kiłę jako tło, jako skazę *(constitutio luetica)*, upośledzającą rozwój fizyczny i często psychiczny. (Streszczenie własne).

2. Kol. Gawlik *przedstawia przypadki wieloogniskowej gruźlicy kręgosłupa* (ze Szpitala dla dzieci z gruźlicą kostnostawową w Siewierzu): a) przypadek wyleczonej gruźlicy kręgosłupa o umiejscowieniu dwuogniskowym D IX + X i D XI + + XII: obrazy rentgenologiczne ilustrują przebieg schorzenia. Chora, K. J., lat 11, zachorowała w październiku 1932 r., leczona i obserwowana w Szpitalu w Siewierzu od lutego 1933 r. w ciągu 5 lat. Obecnie chora bez garbu, klinicznie i rentgenologicznie wyleczona. Przypadek należy do rzadkich. Na 200 przypadków gruźlicy kręgosłupa, obserwowanych w Siewierzu, tylko w 4 przypadkach stwierdzono dwu- i wieloogniskowość umiejscowienia procesu gruźlicy, tj. w 2% przypadków. Valtancoli podaje 1,6%, Sorrel 3,6%, Johansson na 95 przypadków gruźlicy kręgosłupa przytacza tylko 1 taki przypadek. Przypadek ten świadczy, że i w naszych warunkach niziny i Zagłębia można uzyskać dobre wyniki leczenia gruźlicy kręgosłupa i w wypadkach ciężkich, wieloogniskowych. (Streszczenie własne).

III. *Pokazy z Oddziału Chirurgicznego:*

a) Kol. Buchacz *przedstawia chorego po ranie kłutej przepony.*

Rana kłuta klatki piersiowej po stronie lewej z objawami zespołu brzuszno-piersiowego. Podczas zabiegu operacyjnego ustalono, że przepona była przerwana na przestrzeni 5 cm. Szew jedwabno-catgutowy. Zeszycie rany. Wyleczenie.

b) Kol. M. Trawiński *przedstawia:*

1) Dwóch chorych, lat 49 i 57, operowanych w lipcu br. z tych samych powodów. Jeden w lutym b. r., drugi przed półtora roku przeszli przedziurawienie wrzodu żołądka i operowani byli z tego powodu w trybie nagłym, przy czym dokonano jedynie zeszycia przedziurawienia. Nastąpiło wyzdrowienie, które utrzymywało się u jednego z nich prawie jeden rok, u drugiego zaledwie dwa miesiące; potem u obu powróciły znaczne dolegliwości dawnego typu, jeden z nich miał nawet krwotoki żołądkowe. Obecnie chorzy ci przebyli zabieg doszczętny — resekcja żołądka — i, jak dotąd, mają się bardzo dobrze. Jednemu przybyło na wadze 6 kg, drugiemu 10 kg, pracują.

2) Chorego, lat 24, który otrzymał silne tępe uderzenie w brzuch. Operowany był w dwie godziny po wypadku, przy czym stwierdzono zadziwiająco duży, bo 8 cm długości otwór w jelicie cienkim z wywiniętymi brzegami. Wycięto jelito i zespolono koniec z końcem. Nastąpiło gładkie wyzdrowienie.

3. Chorego, lat 56, który od wielu lat cierpiał i leczył się z powodu owrzodzeń na podudziach. Próbowano rozmaitych sposobów z przejściowym tylko powodzeniem. Owrzodzenia goiły się, a potem znowu wracały. Ostatnio złuszczono sploty nerwu współczulnego z tętnicy udowej lewej. Po miesiącu zagoiło się mniejsze owrzodzenie na podudziu lewym, a co interesujące i większe, które było na podudziu prawym. Zagojenie wydaje się być trwałe.

3. Kol. Ingster *wygłosił referat pt.: „Uwagi praktyczne o kile mózgowo-rdzeniowej".*

Referent rozpoczyna swoje wywody od stwierdzenia smutnego faktu, że pomimo dużego postępu medycyny w ostatnich dziesięcioleciach, postęp w leczeniu organicznych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego jest minimalny.

Rozwój neurochirurgii i rentgenoterapii wniósł w ten smutny stan rzeczy pewne momenty pocieszające, nauczono się bowiem operować pewne, łatwo dostępne guzy układu ośrodkowego oraz skutecznie poczynają naświetlać jamistość rdzenia.

Ale zasadniczo rzecz biorąc, tylko kiłę mózgowo-rdzeniową umiemy skutecznie leczyć, jeżeli rozpoznamy ją dość wcześnie.

Anatomicznie biorąc, rozróżniamy dwie zasadnicze postacie kiły mózgowo-rdzeniowej: 1) naczyniową, 2) kilakową.

Pierwsza postać jest uleczalna, zanim nie dojdzie jeszcze do całkowitego zamknięcia tętnicy, druga, dopóki nie dojdzie do zmian bliznowatych w tkance.

Dlatego też spada na lekarza-praktyka obowiązek jak najwcześniejszego rozpoznawania kiły mózgowo-rdzeniowej.

Przy starannym badaniu przedmiotowym i bacznym zwracaniu uwagi na skargi chorego, można z łatwością wyodrębnić obrazy chorobowe, które powinny nam nasunąć podejrzenie, że mamy do czynienia z kiłą mózgowo-rdzeniową.

Każdy trwały ból głowy powinien nas skłonić do badania krwi na odczyn Wassermanna, tym bardziej, że około 10% ludzi przechodzi kiłę w sposób dla chorego nie dostrzegalny.

Z objawów przedmiotowych na pierwszym miejscu stoi brak oddziaływania źrenic na światło. Jest on ważniejszy, niż odczyn Wa we krwi, bo występuje w 98% przypadków kiły mózgowo-rdzeniowej, podczas gdy odczyn Wa tylko w 70 do 80%.

Na drugim miejscu stoi zniesienie odruchów ścięgnistych kolana lub odruchów ze ścięgien Achillesa.

Dalej idą porażenia połowicze, okresowo zmieniające się porażenia ośrodkowe oraz napady padaczkowe, porażenia nerwu okoruchowego, nerwu twarzowego, spastyczne paraplegie itd.

Dalej referent omawia różniczkowanie poszczególnych postaci kiły mózgu, a zwłaszcza na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przechodząc do omawiania leczenia kiły mózgowo-rdzeniowej, referent zauważa, że właściwie najskuteczniejsze leczenie polega na niedopuszczaniu do kiły mózgowo-rdzeniowej przez gruntowne leczenie kiły skórnej. Musimy tu wziąć pod uwagę fakt, że po pierwszym leczeniu znajdujemy u 40% chorych pleocytozę w płynie. Na takich chorych należy przede wszystkim zwrócić uwagę, bo właśnie spośród tych rekrutują się zwykle chorzy na kiłę układu nerwowego ośrodkowego.

Leczenie chorych na kiłę mózgowo-rdzeniową zasadniczo nie różni się od leczenia chorych na kiłę skórną. Należy tylko zaczynać od środków łagodnych w pierwszych 3 tygodniach, najlepiej od rtęci, bizmutu lub jodu, później zwolna przechodzić do wzrastających dawek salwarsanu.

Przy porażeniu postępującym najlepiej rozpoczynać od szczepienia zimnicy, a później dopiero przechodzić do leczenia chemoterapeutycznego.

Przy wiądzie rdzenia środki swoiste działają mało wydatnie. Bardziej skutecznie działają tu kąpiele siarczane lub jodowosłone.

Na dokuczliwe przełomy żołądkowe należy stosować na razie morfinę, a później płukania żołądka zimną wodą z dodatkiem adrenaliny.

Na tzw. bóle przeszywające skutecznie działają wstrzykiwania bizmutu-chininy-jodu i galwanizacja.

We wszystkich postaciach kiły mózgowo-rdzeniowej wskazane jest od czasu do czasu leczenie bodźcowe np. Phlogetanem, Yatren-casein., zwykłym mlekiem; po swoistym leczeniu dodatnio działa leczenie kąpielowe.

Prezes: *Dr M. Trawiński.*
Sekretarz: *Dr M. Bieńkowski.*

Sprawozdanie z działalności Sekcji Medyków przy Pol. Tow. Hig. we Lwowie za rok 1938

Potrzeba i brak referatów z dziedziny higieny po wsiach, a szczególnie w okolicznych wsiach Lwowa, były powodem i bodźcem do zorganizowania grupy osób, które by mogły ten brak zaspokoić. Najbardziej nadawali się do tego rodzaju pracy, ze względu na studia, koleżanki i koledzy z Wydziału Lekarskiego.

Dlatego też T-wo Wzajemna Pomoc Medyków U. J. K. we Lwowie zajęło się tą sprawą przy wybitnym poparciu Towarzystwa Higienicznego we Lwowie, a przede wszystkim Pana prof. dr W. Nowickiego, prezesa Towarzystwa; powstała więc przy Polskim Towarzystwie Higienicznym autonomiczna sekcja z własnym regulaminem, pod nazwą „Sekcja Medyków" Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

Sekcja przez cały rok istnienia współpracowała z Akademickim Kołem Towarzystwa Szkoły Ludowej, wygłaszając referaty w Czytelniach i Domach Ludowych, otoczonych opieką Akademickiego Koła Towarzystwa Szkoły Ludowej. Z chwilą powstania Sekcji nie było żadnej pomocy ułatwiającej wykłady, Sekcja korzystała jedynie z lampy projekcyjnej Akademickiego Koła Towarzystwa Szkoły Ludowej, która była w złym stanie (zbity kondensor). Lecz z biegiem czasu Sekcja otrzymała z Polskiego Towarzystwa Higienicznego we Lwowie najpierw aparat projekcyjny, i dwa komplety przeźroczy, tj. z zakresu „Gruźlicy" i „Ostrych chorób zakaźnych", a potem drugi aparat projekcyjny tak, że każdej niedzieli można było wygłosić nie, jak dotychczas, jeden, lecz dwa referaty. Trzeci komplet przeźroczy wypożyczyliśmy z Oddziału Lwowskiego Ligi Antyalkoholowej. Mając te trzy komplety przeźroczy, prelegenci musieli się ograniczyć na razie tylko do tych trzech tematów.

W ciągu całego roku troską kierownictwa Sekcji było zdobycie nowych przeźroczy, lecz nie było to tak łatwą rzeczą, biorąc pod uwagę koszt przeźroczy. Pomimo, iż Sekcja wniosła przez Tow. Higieniczne podanie do Ministerstwa Opieki Społecznej o subwencję na zakup pomocniczego sprzętu, dotychczas nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi, a wszelkie wydatki na zaopatrzenie w sprzęt Sekcję pokrywało Polskie Towarzystwo Higieniczne.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 5 Zebrań Sekcji Medyków w Domu Lekarskim przy ul. M. Konopnickiej 3, w którym zawsze brał udział prof. Nowicki. W tym też okresie wygłoszono wykłady w następujących miejscowościach:

Żydatycze: „Gruźlica", kol. E. Olewicz, dnia 28. XI. 1937.
Żydatycze: „Alkoholizm", kol. E. Olewicz, dn. 5. XII. 1937.
Żurawniki: „Choroby zakaźne", kol. Karwatowski, dnia 23. I. 1938.
Żurawniki: „Gruźlica", kol. Olewicz, dnia 30. I. 1938.
Lwów — więzienie: „Choroby zakaźne", kol. Karwatowski, dnia 6. II. 1938.
Zadwórze: „Gruźlica", kol. Kłak, dnia 6. II. 1938.
Jastrzębków: „Gruźlica", kol. Kłak, dnia 13. II. 1938.
Głuchowice: „Gruźlica", kol. Kłak, dnia 27. II. 1938.
Jaryczów Nowy: „Alkoholizm", kol. Bielecki, dnia 27. II. 1938.
Głuchowice: „Choroby zakaźne", kol. Szczepankiewicz, dnia 6. III. 1938.
Szczerzec: „Gruźlica", kol. Kłak, dnia 6. III. 1938.
Żydatycze: „Choroby zakaźne", kol. Karwatowski, dnia 13. III. 1938.
Jaryczów Nowy: „Gruźlica", kol. Kłak, dnia 13. III. 1938.
Żurawniki: „Alkoholizm", kol. Adamczak, dnia 27. III. 1938.
Głuchowice: „Alkoholizm", kol. Adamczak, dnia 3. IV. 1938.
Lelechówka: „Gruźlica", kol. Chachaj.
Lelechówka: „Alkoholizm", kol. Chachaj.
Głuchowice: „Założenie apteki", kol. Kłak, dnia 15. V. 1938.
Żurawniki: „Założenie apteki", kol. Chachaj, dnia 15. V. 1938.
Lwów — więzienie: „Gruźlica", kol. Goraj, dnia 15. V. 1938.
Honiatycze: „Gruźlica", kol. Goraj, dnia 22. V. 1938.
Stare Sioło: „Gruźlica", kol. E. Olewicz: dnia 7. VI. 1938.
Jaryczów Nowy: „Choroby zakaźne", kol. Szczepankiewicz, dnia 12. VI. 1938.
Lwów — więzienie: „Alkoholizm", kol. Karwatowski, dnia 20. XI. 1938.
Szczerzec: „Alkoholizm", kol. Karwatowski, dnia 27. XI. 1938.
Honiatycze: „Choroby zakaźne", kol. Kłak, dnia 27. XI. 1938.
Konopnica: „Choroby zakaźne", kol. Szczepankiewicz, dnia 4. XII. 1938.
Konopnica: „Gruźlica", kol. Goraj, dnia 11. XII. 1938.
Stare Sioło: „Alkoholizm", kol. Steciwko, dnia 11. XII. 1938.

Nadto kol. Bielecki wyjechał na objazd 20-dniowy do Obozów Legii Akademickiej w Parchaczu, gdzie miał wykłady: „Higiena ogólna" i „Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach".

Wykładów wygłoszono 30. Frekwencja na wygłaszanych referatach była różna, bo od 120—30 osób, zależnie od tego, jak wielkie jest skupienie Polaków w danej miejscowości i od pory roku, np. najwięcej osób przychodziło w zimie i w jesieni, najmniej w lecie, tj. w okresie, kiedy praca w polu była największa. Przeciętna frekwencja wynosiła 60—70 osób na każdym wykładzie.

Celem pogłębienia wiadomości z alkohologii i zwalczania tego nałogu, trzech członków Sekcji, mianowicie kol. Steciwko, Kłak i Olewicz, wzięli udział w pięciodniowym kursie o alkoholizmie w Warszawie w czasie od 12—17 grudnia 1938. Członkowie ci korzystali ze stypendium w kwocie 50 zł, przy czym resztę kosztów, około 25 zł, pokryli z własnych funduszów. Ponadto w czasie ferii letnich członek Sekcji kol. Bielecki Mieczysław był wydelegowany przez Sekcję na dwudziestodniowy obóz w Parchaczu Legii Akademickiej i wygłaszał tam wykłady w okolicznych miejscowościach z zakresu higieny. Prócz wygłoszonych wykładów rozdano trzy apteczki podręczne, które zakupiło Akademickie Koło Towarzystwa Szkoły Ludowej z własnych funduszów.

Ten pierwszy rok istnienia Sekcji był niejako próbą w urzeczywistnieniu dobrych chęci i zapału niesienia żywego słowa ludowi polskiemu, który na Kresach Wschodnich rozsypany jest i zagrożony wynarodowieniem wskutek nienależytej opieki.

Prócz działalności wykładowej, członkowie Sekcji współpracowali w Muzeum Higieny Towarzystwa, mianowicie byli oni czynni w objaśnianiu eksponatów muzealnych, szczególnie przy zwiedzaniu Muzeum przez zbiorowe wycieczki szkolne i inne.

Na zakończenie uważamy za obowiązek podziękować Panu Profesorowi Nowickiemu, prezesowi Tow. Higienicznego, za troskliwą opiekę, jaką otacza naszą Sekcję, zaś koleżankom i kolegom za wykazanie tyle dobrej woli w pracy dla dobra sprawy. Niniejsze podziękowanie jest jednak niczym w porównaniu z zadowoleniem wewnętrznym i świadomością, że w ciągu tych kilku lat studiów członkowie Sekcji mogli przynajmniej w drobnej części odwdzięczyć się społeczeństwu, któremu tyle zawdzięczają.

W roku następnym praca będzie musiała pójść tempem jeszcze bardziej wartkim, wykorzystując dotychczasowe doświadczenie, zdobyte nie z gazet, czy książek, lecz wśród ludu polskiego.

Przewodniczący Sekcji: *Eugeniusz Olewicz.*
Sekretarz Sekcji: *Antoni Szczepankiewicz.*

Wiadomości bieżące

Zmarli

Dr Władysław Szymonowicsz, zwyczajny profesor histologii i embriologii Uniwersytetu J. K. we Lwowie, zmarł dnia 10 bm. W pogrzebie, który odbył się dnia 12 bm., wzięli udział Senat Akademicki, prof. dr Nowicki jako delegat Polskiej Akademii Umiejętności, której Zmarły był czynnym członkiem,

przedstawiciele innych wyższych uczelni, towarzystw naukowych i Izby Lekarskiej oraz liczni profesorowie i uczniowie Zmarłego.

W następnym numerze naszego pisma ukaże się obszerniejsze wspomnienie pośmiertne.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

We czwartek, dnia 30 marca br. o godz. 18-tej w sali Towarzystwa Lekarskiego przy ul. M. Konopnickiej 3, odbędzie się zebranie organizacyjne celem zawiązania oddziału Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii we Lwowie.

XXX Zjazd Chirurgów Polskich we Lwowie odbędzie się w dniach 17, 18 i 19 kwietnia 1939 r., a nie 16, 17 i 18 kwietnia 1939 r., jak mylnie podano w poprzednim komunikacie.

W czasie od 3—5 kwietnia br. odbędzie się w Oranie (Alger) Kongres Lekarski, zorganizowany przez Federację Towarzystw Lekarskich Afryki Północnej. Bliższych informacyj udzieli Francuski Urząd Turystyczny, Warszawa, ul. Ossolińskich 4.

52. Kongres Francuskiego Towarzystwa Okulistów odbędzie się w Paryżu w czasie od 8—11 maja br. Dr Coutela omówi zagadnienie „Oko a choroby zawodowe". W czasie kongresu przewidziane jest zwiedzenie szpitali paryskich i okolic Paryża. Informacje: Dr Merigot de Treigny, 1, square de Latour-Maubourg, Paris 7-e.

„Bruxelles-Medical" donosi, że z okazji wystawy w Nowym Jorku organizuje wycieczkę do Stanów Zjednoczonych w czasie od 29 sierpnia do 30 września br. Koszty wyniosą 747 dol. (I klasa). Bliższych informacyj udzieli: Section des Voyages de Bruxelles-Médical, 29, Boulevard Adolphe Max, à Bruxelles.

Śródziemnomorskie Towarzystwo Lekarskie urządza w czasie Świąt Wielkanocnych (8 i 9 kwietnia br.) XIV wycieczkę ze zwiedzeniem licznych miejscowości i wyprawą w Alpy na wysokość 1.700 m w dniu 17 kwietnia. Po szczegółowe informacje należy się zwrócić do Office Climatique de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

II Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Kosmobiologii odbędzie się w Rzymie w r. 1940. Ogólne zebranie przygotowawcze celem omówienia programu i daty tego zjazdu wyznaczono na dzień 9—12 kwietnia br. w Menton i w San-Remo. Międzyn. Tow. Kosmobiologii posiada swoje wydawnictwo pt.: Revue de Cosmobiologie, a siedziba redakcji mieści się w Nicei (24, rue Verdi).

Różne

Z k r a j u

Ukazała się pięknie wydana praca prof. St. K u t r z e b y pt.: Polska Akademia Umiejętności 1872—1938. Omówiono najważniejsze wiadomości o ustroju i działalności P. A. U. za okres 66 lat. Praca jest bardzo ładnie ilustrowana.

Na terenie Rzeczypospolitej Polskiej istnieje 28 uzdrowisk, które uznane zostały przez władze państwowe za miejscowości szczególnie wartościowe dla zdrowia obywateli tak ze względu na swoje walory lecznicze, jak i na poziom wszelkiego rodzaju urządzeń. Z tych względów owym 28 uzdrowiskom nadany został, zgodnie z ustawą o uzdrowiskach, charakter użyteczności publicznej. Zaznaczyć należy, że posiadamy ponadto bardzo wartościowe zdroje lecznicze i miejscowości klimatyczne na Śląsku, odpowiednio wyposażone pod względem wszelkiego rodzaju urządzeń, nie mają one jednak charakteru użyteczności publicznej, gdyż teren Śląska nie jest dotąd jeszcze objęty działaniem przepisów ustawy o uzdrowiskach.

Z największą radością została powitana przez świat turystyczno-uzdrowiskowy nowa umowa turystyczna, podpisana ostatnio w Kownie przez przedstawicieli Polski i Litwy. Niezawodnie w nadchodzącym sezonie letnim da się już zauważyć wzmożony ruch turystyczny pomiędzy obydwoma państwami. Wobec korzystnego położenia tuż na granicy z Litwą popularnego zdrojowiska Druskieniki, które pięknie się rozbudowało na wysokim, lesistym brzegu Niemna, tzw. mały ruch graniczny będzie stanowił wielką atrakcję dla kuracjuszy. W ten sposób tereny wycieczkowe, w jakie obfitują okolice Zdrojowiska będą znacznie rozszerzone udostępnieniem zwiedzania malowniczych miejscowości, leżących po drugiej stronie Niemna. Polski przemysł uzdrowiskowy, który obecnie rozwija na szerszą skalę propagandę zagraniczną, obejmie swoją akcją również i Litwę.

Ministerstwo Przemysłu i Handlu przyznało Mokotowskiej Fabryce Chemiczno-Farmaceutycznej Adolf Gąsecki i Synowie Sp. Akc. Złoty Medal. To zaszczytne i rzadkie odznaczenie, wyróżniające tę firmę spośród innych, świadczy o owocnej pracy firmy w dziedzinie rozwoju i propagandy krajowego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego.

W Poznaniu tworzy się ośrodek, który obejmie sprawy związane z organizowaniem wczasów pracowniczych na terenie Wielkopolski. Zainteresowały się tą akcją Izba Przemysłowo-Handlowa i Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Czynniki gospodarcze i zakłady pracy zgłosiły swój udział i zajmują się finansową stroną urlopów robotniczych. Związek Popierania Turystyki w Poznaniu prowadzi akcję w kierunku przygotowania wsi do przyjęcia korzystających z urlopu pracowników miejskich. Całość akcji prowadzona jest w porozumieniu z Centralnym Biurem Wczasów w Warszawie (I. S. S.).

Z inicjatywy Centralnego Biura Wczasów opracowany został niedawno przez Instytut Gospodarstwa Domowego przy pomocy Państwowego Zakładu Higieny jadłospis na obozy zimowe dla pracowników. Jadłospis ten wysłany został do instytucyj, urządzających obozy w celu wypróbowania go w praktyce, zanim będzie opublikowany (na przyszły sezon zimowy). Centralne Biuro Wczasów zamierza również przygotować wzorowy jadłospis na zbliżający się sezon letni (I. S. S.).

W ł o c h y

Zakład Narodowy dla Stosunków Kulturalnych z zagranicą *(Institute Nationale par le Relazioni Culturali en l'estero)*. Zakład N. dla St. Kult. z zagranicą ogłasza kurs, który odbędzie się w Rzymie, a potem w Bolonii, Padwie i Mediolanie i który obejmie wykłady od 5 czerwca do 22 czerwca z dziedziny: I chirurgii 6—8 godzin (R. Paducci, Rzym),) hematologii — (Ferrata, Pawia), malariologii (Bastianelli, Rzym), ortopedii (Dalla Vedova, Rzym i Putti, Bolonia), medycyna społeczna (Petragnani, Rzym). — II z dziedziny innych nauk: R. Bastianelli, Castellani, Frugoni, Gemeli, Margaria, Pende, Preto, Rondoni. — III wykłady dotyczące organizacji społecznych. Narodowa opieka nad matką i dzieckiem (O. N. M. I.) i opieka nad młodzieżą (G. I. L.). — IV. Poza tym projektowane są wycieczki do Agro Romano i Agro Pontino. Opłata wynosi 300 lirów, razem z wycieczką do obozów rzymskich i pontyjskich. Przewidziane są zniżki, jak dla wszystkich uczestników, w kursach dla zagranicznych. Zapisywać się można do dnia 1 maja 1939 r. pod adresem I. R. C. E. Via Lazaro Spallanzani I A Roma. — MB. Przypomina się przy tym, że coroczny kurs ftiziologii odbywa się od 15 lipca do 15 października, a kurs malariologii od 24 lipca do 20 września w Rzymie.

Komunikaty

T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e W a r s z a w s k i e podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych:

1. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. dra Teodora Boryssowicza. Zapomoga w wysokości 470 zł dla młodego lekarza Polaka, z pierwszeństwem dla członka Tow. Lek. Warsz., zajmującego się specjalnie ginekologią, w celu dalszego kształcenia się w klinikach specjalnych w kraju lub za granicą. Do podania o stypendium dołączyć należy: 1) życiorys, 2) zaświadczenie ordynatora odnośnego oddziału o zaletach kandydata. Termin składania podań upływa dnia 15 maja 1939 r.

2. Fundusz zapomogowy „Bezimienny dla lekarzy prowincjonalnych". Zapomoga w wysokości 900 zł dla młodych lekarzy, udających się na prowincję, a pragnących uzupełnić w Warszawie swoje wykształcenie kliniczne na oddziałach szpitalnych. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 r.

3. Funduszu zapomogowo-stypendialny im. Marii i Jana Giellerów. Zapomoga w wysokości 3.000 zł dla lekarzy Polaków, wyznania rzymsko-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi. Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

4. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. dra Józefa Grodzkiego. Zapomoga w wysokości 1.000 zł dla młodego lekarza Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, który nie później, jak w 2 lata po ukończeniu studiów uniwersyteckich, przed rozpoczęciem praktyki, będzie się doskonalił w swoim zawodzie. Kandydaci ubiegający się o powyższą zapomogę powinni złożyć po-

danie ze szczegółowym życiorysem. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

5. Fundusz nagrodowo-wydawniczy im. dra M. Halperna. Nagroda w wysokości 1.400 zł dla lekarza Polaka, za najlepszą pracę napisaną w języku polskim, przedstawioną w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu z dziedziny przemiany materii lub innej gałęzi medycyny teoretycznej. Suma przeznaczona jest w połowie na nagrodę, w połowie na wydanie pracy nagrodzonej. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 r.

6. Fundusz nagrodowy im. dra Józefa Jaworskiego. Nagroda konkursowa w wysokości 110 zł za prace oryginalne, w języku polskim, nadesłane w rękopisie lub drukiem ogłoszone z dziedziny położnictwa i ginekologii, a w braku takich z dziedziny patologii ogólnej. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

7. Fundusz nagrodowy im. dra med. i chirurgii Leona Konica. Dwie nagrody w wysokości 1.900 zł każda za najlepszą pracę oryginalną w języku polskim, poświęconą li tylko chorobom kobiecym i akuszerii, ogłoszoną drukiem w książce oddzielnej, w czasopismach lekarskich lub w rękopisie złożoną Towarzystwu. Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne, jak i laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, a także podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych w ogóle. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

8. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. dra Stanisława Kopcia. Zapomoga w wysokości 800 zł dla młodego lekarza, Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na dalsze studia naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub za granicą odbyć się mające. Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej, jak przed 3 laty i co najmniej rok pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe. Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania: 1) życiorys, 2) bieg studiów dotychczasowych, 3) ewentualne odbitki prac dotychczasowych, ogłoszonych drukiem, 4) określenie kierunku, w którym kandydat pracuje lub ma zamiar pracować. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

9. Nagroda konkursowa, ufundowana przez Towarzystwo Warszawskie „Motor", Sp. Akcyjna, Chemiczno-Farmaceutyczna (jako pozostałość konkursowa z r. 1929) w poczuciu potrzeby jak największego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem poczynań i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej. Nagroda wynosi 1.000 zł. Nagroda konkursowa będzie przyznana za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie. Termin składania podań wraz z życiorysem upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

10. Fundusz nagrodowy im. Grzegorza Piramowicza. Nagroda konkursowa w wysokości 400 zł na cele popierania higieny szkolnej za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim lub też za pracę, złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiejkolwiek dziedziny higieny szkolnej, w braku zaś takiej pracy nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinii władz zwierzchniczych najbardziej owocnie i wydajnie pracował pod względem higieny szkolnej. Do podania o nagrodę dołączyć należy życiorys i odnośną pracę. Termin składania podań upływa dnia 15 maja 1939 r.

11. Fundusz stypendialny im. Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy. Stypendium w wysokości 5.000 zł dla Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, pracującego tak w kraju, jak i za granicą, na polu biologii i medycyny doświadczalnej. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

12. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. dra Alfreda Sokołowskiego. Zapomoga w wysokości 1.000 zł na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego jednej z osób wymienionych poniżej, dotkniętej poczynającą się gruźlicą, której stan pozwala rokować wyleczenie, a przynajmniej odzyskanie sprawności zawodowej. Do zapomogi mają prawo przede wszystkim lekarze w ciągu lat 10 po ukończeniu uniwersytetu, a między nimi pierwszeństwo przysługuje asystentom szpitali cywilnych warszawskich. W braku odpowiednich kandydatów z zapomogi korzystać mogą inni lekarze, również i studenci medycyny z 2 lat ostatnich kursów, bez różnicy uniwersytetu, wszyscy tak lekarze, jak i studenci, bez różnicy wyznania i płci. Zapomoga przyznana służy na opłatę bezpośrednio przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie należności za leczenie w sanatorium, przede wszystkim w Rudce, według uznania Zarządu Tow. Lek. Warsz. Zapomoga ma charakter warunkowo zwrotny. Do podania o stypendium dołączyć należy: 1) życiorys, 2) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 r.

13. Fundusz stypendialno-nagrodowy im. dra F. Sommera. Stypendium lub nagroda w wysokości 1.700 zł dla Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym lub nagroda za nową nienagrodzoną pracę w powyższym zakresie, przedstawioną w rękopisie lub druku. Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania: 1. Życiorys, przebieg studiów i zamierzenia na przyszłość. 2. Pracę przeznaczoną do konkursu (należy wyraźnie wymienić, którą pracę zgłasza autor do konkursu). 3. Spis prac i jeśli możliwe odbitki najważniejszych prac. Termin składania podań upływa z dniem 15 maja 1939 roku.

Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Kr. Belgów nr 7) do dnia 15 maja 1939 roku.

Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać jednej strony maszynopisu.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego przy poparciu Ministerstwa Opieki Społecznej urządza kurs uzupełniający dla lekarzy pt.: „Gruźlica i jej zwalczanie". Kurs ten odbędzie się w dniach od 17 kwietnia do 13 maja br. i jest przeznaczony dla lekarzy pracujących w ośrodkach zdrowia, ubezpieczalniach społecznych, w szkołach itd. Liczba zgłoszeń ograniczona od 12—15 osób. Kurs dzieli się na zajęcia teoretyczne i praktyczne. Na wykłady teoretyczne przeznaczony jest pierwszy tydzień oraz końcowe dnie ostatniego tygodnia, na zajęcia praktyczne zaś w szpitalach, ambulatoriach i sanatoriach pozostały czasokres. Przed kursem należy zapoznać się z następującym piśmiennictwem: 1. Prof. dr Witold Orłowski: Choroby opłucnej, gruźlica płuc, choroby śródpiersia (cz. II. tom II Patologii i terapii szczegółowej chorób wewnętrznych). 2) Dr Paweł Martyszewski i dr Wanda Stankiewicz-Trybowska: Leczenie gruźlicy płuc odmą sztuczną piersiową. 3. Doc. dr Janusz Zeyland: Gruźlica płuc u dzieci. Kurs jest bezpłatny. Część słuchaczy może otrzymać stypendia w wysokości 150 zł, zwrotne w okresie 5 lat. Kurs zakończy kolokwium, po czym nastąpi rozdanie świadectw. Zgłoszenia na kurs nadsyłać należy do dnia 15 kwietnia br. pod adresem: Kursy przeciwgruźlicze dla lekarzy w Poznaniu, ul. Szkolna 14. II Klinika Chorób Wewnętrznych U. P.

Redakcja otrzymała

St. Kutrzeba: Polska Akademia Umiejętności. 1872—1938. Kraków 1939.

Sprawozdania z czynności i posiedzeń Polskiej Akademii Umiejętności. Nr 1. 1939.

Miesięcznik Biblioteka Lekarska Nr 2. 1939. Wyd. Naukowe „Wiedza".

Biblioteka Wydziału Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w m. st. Warszawie. — Materiały o organizacji i działalności Wydz. Op. Sp. i Zdrowia Publ. Zarządu Miejskiego w m. st. Warszawie. Rok budżetowy 1937/8. Warszawa 1938.

A. Goris i A. Liot: Pharmacie galénique. T. I—II. Wyd. Masson, Paryż 1939. Cena: 450 fr.

E. Kehrer: Die intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen. Wyd. F. Enke, Stuttgart 1939. Cena: 8.20 RM.

M. Petitpierre: Die Wintersportverletzungen. Wyd. F. Enke. Stuttgart 1939. Cena: 17 RM.

The Quartz Lamp. Vol. VIII. Nr 2. 1939.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—

za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.